

Referent: Dipl.theol. Dr.med. Heinrich Elsner
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Allgemeinmedizin, Fachkunde suchtmmedizinische Grundversorgung
e-mail: h.elsner@krisenhilfe-bochum.de

METHADONAMBULANZ BOCHUM
VIKTORIASTR. 67, 44787 BOCHUM, TEL.: 0234/96478-22, FAX: 0234/17603, E-MAIL: METHADONAMBULANZ@KRISENHILFE-BOCHUM.DE

Mehr als 50 Jahre Methadon:

Fachvortrag rund um Substitution.

für DrogengebraucherInnen, Ehemalige, Substituierte, Interessierte.

Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie ...

JES NRW & Krisenhilfe e.V. Bochum 11.04.16

Besuchen Sie uns im Internet:
www.krisenhilfe-bochum.de
www.jesnrw.de

Rechtsvorbehalt: Diese Ausarbeitung ist als „Merkzettel“ für die TeilnehmerInnen des Fachvortrags bestimmt. Das Skript bzw. Teile daraus dürfen nicht ohne Zustimmung des Autors weiterverwendet werden. Alle Rechte verbleiben beim Autor.

Mehr als 50 Jahre Methadon

V.Dole berichtete unter dem Titel “Thoughts of narcotic addiction” am 07.12.64 auf dem ‘Meeting of the Career Scientists of the Health Research Council of the City of New York’ in der New York Academy of Medicine (s.: Bull.N.Y.Acad.Med. 41 (1965), No.2, 211-213) öffentlich zum Einsatz von Methadon als Ersatzstoff für Heroin.

Diese “neue” Therapieform erschütterte die bisherigen Suchtbehandlungsstrategien, die im Wesentlichen Abstinenzorientiert waren, und führte zur sog. Opiatersatzstoffbehandlung, kurz “Substitution” genannt. Methadon, sowohl als Rezamat als auch als Levomethadon, ist das hauptsächlich genutzte Medikament in der Funktion des Opiatersatzstoffes.

Während zu Beginn der Opiatersatzstoffbehandlung die Wirkungen im Vordergrund stehen, treten im weiteren Verlauf immer mehr die Nebenwirkungen ins Blickfeld – diese sind oftmals wenig bekannt.

P.S.: In den Medien wird berichtet, dass in New York in den letzten Jahren die Zahlen der sog. Drogentoten deutlich anstiegen – von 2010 auf 2013 um mehr als 40%. Auch wurde berichtet, dass in einem besonders betroffenen Stadtteil die eingeleiteten Hilfsmaßnahmen (direkt) zur Reduktion der Zahl der Drogentoten führten.

Erklärungen des Autors

Der Autor erhielt für die Studie „Levo-Methadon versus Methadon-Razemat“ 2005/6 eine Aufwandsentschädigung der Firma Sanofi-Aventis auf der Grundlage des Entschädigungsgesetzes für medizinische Gutachten (s. Deutsches Ärzteblatt 2004; 101 (24): B1466–1469). Eine finanzielle Zuwendung für die Erstellung der gleichnamigen Broschüre erfolgte nicht, ebenso nicht im Zusammenhang mit diesem Seminar. Die aus der genannten Broschüre genutzten 2 Elemente wurden von Sanofi-Aventis zur Verfügung gestellt und sind entsprechend gekennzeichnet – für die Nutzungserlaubnis sei Sanofi-Aventis, insbesondere Dr.W.Kapfer, gedankt.

Der Autor nahm sowohl als Teilnehmer/Hörer und als auch als Referent an diversen Fortbildungen/ Veranstaltungen teil, die von unterschiedlichsten Firmen, auch Pharmafirmen, gesponsert wurden – z.B. an den Suchttherapietagen in Hamburg.

Gliederung:

1.	Informationen zur Krisenhilfe e.V. Bochum	4
2.	Informationen zu JES NRW e.V.	6
3.	Methadon	7
4.	Das Endorphin-System	9
5.	Wirkungen durch Opiate und/oder Opioide	12
6.	Störungen durch Opiate und/oder Opioide (s.DSM-5 und ICD 10)	15
7.	Kurze Geschichte der Opiatersatzstoffbehandlung	21
8.	Exkurs: „Medikamentengestützte Rehabilitation bei i.v.Opiatabhängigen“	29
9.	„Besonderheiten“	33
10.	Information für die PatientInnen der Methadonambulanz Bochum	41
11.	Grundzüge der Opiatersatzstoffbehandlung	54
12.	Exkurs: Opiatgebrauch mit Fertigarzneimittel	58
13.	Zusammenfassung	65
14.	Ausblick	67
15.	Anhänge	68

Krisenhilfe e.V. Bochum, Viktoriastr.67, 44787 Bochum, Tel.: 0234 - 96478-0
Fax: 0234 - 8906906, mail: info@krisenhilfe-bochum.de

KRISENHILFE BOCHUM

KATHARINASTR.
5-7,
44793 BOCHUM

FACHSTELLE FÜR SUCHTVORBEUGUNG

- Projektangebote für unterschiedliche Zielgruppen
- Veranstaltungen und Öffentlichkeitsarbeit
- MultiplikatorInnenberatung und -fortbildung
- regionale und überregionale Vernetzung suchtpreventiver Arbeit

INECHTZEIT

- Beratung für KonsumentInnen synthetischer Drogen und Cannabis und deren Bezugspersonen
- Vermittlung in weiterführende Angebote
- Frühinterventionskurse „FreD“/ „FreD goes net“ für erst-auffällige SuchtmittelkonsumentInnen
- Infoveranstaltungen u.a. für Schulklassen

DROGENBERATUNGSSTELLE

- Beratung und Betreuung von DrogenkonsumentInnen und deren Bezugspersonen
- Vermittlung in weiterführende Angebote
- Psychosoziale Betreuung bei Substitution (PsB)
- Unterstützung/ Hilfe bei Problemen u.a. mit Behörden u. Justiz

AMBULANT BETREUTES WOHNEN

- Beseitigung, Milderung oder Verhütung von Verschlimmerung der Lebenssituation
- Hilfestellung zur Alltagsbewältigung
- Beratung und Unterstützung bei unterschiedlichsten Problemlagen
- Stärkung sozialer Kompetenzen

PRÄVEN-
TION, BE-
RATUNG
UND BE-
TREUUNG

VIKTORIASTR. 67,
44787 BOCHUM

METHADONAMBULANZ

- Substitution (Vergabe von Opiatersatzstoffen)
- psychosoziale Betreuung für Substituierte

ÜBERLE-
BENS-
HILFEN
UND MEDI-
ZINISCHE
ANGEBO-
TE

KONTAKTCAFÉ

- niedrigschwellige Kontaktmöglichkeit zum Drogenhilfesystem
- Versorgungs-, Unterstützungs- und Beratungsangebote

DROGENTHERAPEUTISCHE AMBULANZ & KONSUMRAUM

- medizinische Not-/ Ersthilfe und Beratung
- Möglichkeit des Konsums von mitgebrachten illegalen Drogen unter hygienischen Bedingungen

HILTROPER STR.
258,
44805 BOCHUM

INSAT – INDIVIDUELLE SCHRITTE IN ARBEIT

BESCHÄFTI-
GUNG U. QUA-
LIFIZIERUNG

- Möglichkeit zur Erprobung und Training von Belastbarkeit, Durchhaltevermögen und Fähigkeiten
- Beschäftigung und Qualifizierung in verschiedenen Praxisbereichen
- Schulung/ Trainings im Bereich allgemeinbildender Inhalte und Sozialkompetenzen
- Hilfen zur Entwicklung/ Umsetzung einer Anschlussperspektive und zur (Wieder-) Eingliederung in den Arbeitsmarkt

2. JES NRW e.V.

JES NRW e.V. - Wer wir sind

Unter dem Namen JES organisieren sich seit 1989 Junkies, Ehemalige und Substituierte in Nordrhein-Westfalen. 2004 gründete sich durch den Zusammenschluss regionaler JES-Selbsthilfegruppen und solidarischer Menschen in Nordrhein-Westfalen der Landesverband JES NRW als gemeinnütziger und eingetragener Verein.

Wir sehen uns als kritisches Gegenüber der herrschenden Drogenpolitik und Drogenhilfe.

JES NRW e.V. - Unsere Ziele

Auch Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Substanzen sollen in Würde leben können ohne die Bedrohung durch Strafverfolgung, Ausgrenzung oder Diskriminierung. Dafür müssen politische, juristische sowie medizinische Rahmenbedingungen geschaffen werden.

JES NRW e.V. - Unsere Aktivitäten

Wir bieten Aufklärung und organisieren Veranstaltungen und Fachtagungen zu medizinischen, gesellschafts- und gesundheitspolitischen Themen. Zu den Schwerpunkten zählen Drogengebrauch, Alter, Safer Use, Safer Sex, Substitutions- und Therapieoptionen sowie Junkiekultur. Weitere vorrangige Themen unserer politischen Arbeit sind die Entkriminalisierung und die Regulierung der Drogenmärkte.

JES NRW e.V.
Lindenstraße 20
50674 Köln
Tel. 0221 - 925996-0
Fax 0221 - 9259969
Mail: [info\(at\)jesnrw.de](mailto:info@jesnrw.de)



3. Methadon und die Opiatersatzstoffvergabe

Opiate sind (natürliche) Inhaltsstoffe des Schlafmohns, Opioide wirkungsidentische, aber künstlich hergestellte Substanzen. Opiate sind „uralte“ Medikamente aus der Natur, sie wirken im Wesentlichen schmerzstillend, haben aber noch deutlich mehr medizinisch nutzbare, insbesondere psychotrope Wirkungen; ein Beispiel ist die sog. Opiatkur bei therapieresistenten Depressionen. Die Opiatwirkung wird im Körper über sog. Rezeptoren vermittelt – das sind körpereigene Eiweißstrukturen, die als „Schloss“ für den „Schlüssel“ Opiat- bzw. Opioid-Molekül fungieren. Rezeptoren gibt es im Körper nur, wenn es körpereigene Substanzen gibt, für die die Rezeptoren „an sich“ bestimmt sind – also muss es ein körpereigenes System geben, in dem Opiat-ähnliche Substanzen als Hormone bzw. Neurotransmitter genutzt werden..

Opiate (und ihre künstlichen Analoga) sind – wie (fast) alle psychotropen Substanzen – potente Mittel, die Psyche zu beeinflussen, auch bzw. gerade bei seelisch Gesunden. Werden sie in dieser nicht-therapeutischen Intention genutzt, werden sie im Allgemeinen als Rauschmittel bezeichnet. Opiate und Opioide können in der nicht-therapeutischen Anwendung, also als Rauschmittel, relativ schnell eine Abhängigkeitserkrankung hervorrufen. Ist diese eingetreten, entstehen erhebliche Beschwerden, wenn die Opiate nicht mehr zugeführt werden – das ist der Entzug.

Da die Opiatabhängigkeit eine potentiell tödliche Erkrankung mit erheblichen sozialen Folgeschäden ist, wurde bzw. wird nach einer erfolgreichen Therapie gesucht -

- eine kausale, also die Gründe der Opiatabhängigkeit beseitigende Therapie wäre wahrscheinlich das Optimale,
- eine „nur“ die Symptome beseitigende Therapie, also die Abstinenz, wäre wohl nicht schlecht, würde aber wahrscheinlich ein Wieder- Ausbrechen der Abhängigkeit nicht verhindern, wenn die „Gründe“ bestehen bleiben,
- eine die Symptome „nur“ lindernde Therapie wäre wahrscheinlich besser, als Nichts zu tun.

Die Anwendung von Methadon ist eine solche „nur“ lindernde Therapie – eine Opiatersatzstoffbehandlung.

Die Opiatersatzstoffbehandlung ist in Deutschland nur zugelassen bei einer „Opiatabhängigkeit“, nicht jedoch beim „schädlichen Gebrauch“(ICD-10) bzw. Missbrauch(DSM IV). Die Opiat- bzw Opioidabhängigkeit wird in der ICD 10 definiert, im DSM-5 wird eine „Opioidkonsumstörung“ beschrieben und nicht mehr unterschieden zwischen Missbrauch und Abhängigkeit.

Dynamisches Modell der wirkenden Faktoren in der Opiatersatzstoffbehandlung:



Drug:

- Zugelassene Substitutionsmittel (BRD): Methadonrazemat, Levomethadon, Buprenorphin, Codein, Diacetylmorphin, Morphinsulfat (seit 01.04.15)
- *fehlend, z.B.:* sog. orales Heroin (Schweiz), Opiumtinktur/-lösung

Set:

- momentane psycho-somatische Verfasstheit
- bio-psycho-sozialer Status
- psychische und/oder somatische Komorbidität (einschließlich Mehrfachabhängigkeit bzw. polytoxikomanem Konsum)

Setting:

- „Überlassung zum unmittelbaren Gebrauch“: Praxisvergabe, Apothekenvergabe, Vergabe durch beauftragtes und eingewiesenes nicht-ärztliches Personal
- *take-home*-Einnahme
- tägliche therapeutische Kurzintervention - z.B. durch suchtherapeutische Kompetenz im Vergabeteam

4. Das Endorphin-System

1973 wurde von mehreren Forschern Rezeptoren sowohl im zentralen als auch im peripheren Nervensystem nachgewiesen, an die sich von außen zugeführte Opiate banden:

- μ -Rezeptoren, mit Untertypen
- δ -Rezeptoren, mit Untertypen
- κ -Rezeptoren, mit Untertypen

Ferner gibt es noch

- ε -Rezeptoren und
- orl-(opioid receptor like)-Rezeptoren.

Die sog. σ -Rezeptoren werden heute nicht mehr zu den Opioidrezeptoren gerechnet.

1975 fanden schottische Forscher im Zwischenhirn des Schweines bisher unbekannte Proteine als Transmitter, die an diesen Rezeptoren andockten und nannten sie Enkephaline (griech.: im Kopf); letztendlich stellte sich heraus, dass diese Transmitter einer neuen Substanz-Klasse zugehören, die heute als Opioidpeptide bezeichnet werden. Zu dieser Klasse gehören die Endorphine (endogene, d.h. körpereigene Morphine), die Enkephaline und die Dynorphine.

Die Endorphine sind u.a. an der Regelung vom Schmerz- und vom Hungergefühl beteiligt; jedoch können auch positive Erlebnisse zur Endorphin-Ausschüttung führen – daher ihre Bezeichnung als „Glückshormone“, sowie schwere körperliche Anstrengungen bzw. Schmerzerfahrungen. Letztere Funktion ist bekannt als *runner's high*. Endorphine beeinflussen auch andere Transmitter-Systeme, u.a. das Serotonin- und das Dopamin-System (s. Tabelle der Opiatrezeptoren).

Endorphinrezeptoren befinden sich nicht nur im zentralen und peripheren Nervensystem; z.B. gibt es Endorphin-Bindungsstellen im Bereich des Immunsystems.

Das Endorphin-System kann durch von außen zugeführte Opiate aktiviert werden; einige Rezeptoren können jedoch nur durch Endorphine aktiviert werden (z.B. auf Lymphozyten). Die Endorphine werden – im Gegensatz zu den von außen zugeführten Opiaten bzw. Opioiden - sehr schnell wieder abgebaut.

Interessanterweise werden durch Zufuhr eines Opiatantagonisten (wie z.B. Naloxon) bei Nicht-Opiat-GebraucherInnen keine klinisch aktuell sichtbaren Ausfallserscheinungen hervorgerufen. Im Einzelfall werden Opiatantagonisten bei Nicht-Opiat-GebraucherInnen im Rahmen einer psychiatrischen Therapie eingesetzt.

Opioidrezeptoren (am 21.05.15 abgerufen: <http://www.spektrum.de/lexikon/neurowissenschaft/opiatrezeptoren/9235>)

Typ	natürlicher Ligand	Agonist	Antagonist	Veränderung der Transmittersekretion (je nach Bindungs-ort)	mögliche Wirkungen
μ (μ_1 , μ_2)	β - Endorphin, Met- Enkephalin	Morphin, Me- thadon, Pethi- din, Fentanyl, Buprenorphin	Naloxon, Naltrexon, Pentazocin, Nalbuphin	Hemmung der No- radrenalin- Sekretion, Stimula- tion der Dopamin- Sekretion	Analgesie, Euphorie, Miosis, Hypothermie, Atemdepression, Ab- hängigkeit, Katalep- sie, antitussiv, Erbre- chen, Bradykardie, Verstopfung
δ	Leu- Enkephalin	verschiedene	Diprenorphin, Naloxon, Naltrexon	Stimulation der Do- pamin-Sekretion, Hemmung der Ace- tylcholin-Sekretion	Analgesie, Verhal- tensänderungen
κ	Dynorphin	Ketozylazokin, Pentazocin, Nalbuphin	Naloxon, Naltrexon	Hemmung der Do- pamin-Sekretion, Abgabe von Seroto- nin, Hemmung der Prodynorphin- Abgabe	Analgesie, Sedation, Dysphorie, Miosis

5. Wirkungen durch Opiate und/oder Opioide

Opiate und Opioide haben auf diverse Körperfunktionssysteme

- erregende Effekte, auf
 - das Vagus-System; das Vagus-/Parasympathikus-System ist zuständig für Ruhe und Erholung; Symptome: Verlangsamung der Herzfrequenz, Verengung der Bronchien, Erweiterung der peripheren Blutgefäße usw.
 - die Chemorezeptor-Triggerzone der Area Postrema (führt zu Übelkeit, ggf. zum Erbrechen); die Übelkeit tritt hauptsächlich bei schnell wirkenden Konsumformen auf (vergl. Seidenberg, 63)
 - den vegetativen Kern des Oculomotorius-Zentrums
- dämpfende Effekte, auf
 - die Schmerzempfindung und Verarbeitung
 - die Aufmerksamkeit / Wachheit
 - die Stimmungslage
 - das Atemzentrum, besonders beim Neugeborenen, sowie bei Erwachsenen mit einer Gasaustausch-Störung (z.B. Lungenemphysem), da hierbei eine Überempfindlichkeit des Atemzentrums gegenüber Morphin und seinen Derivate besteht.
 - das Hustenzentrum
 - das Brechzentrum (ist der Chemorezeptor-Triggerzone übergeordnet; der Effekt tritt verspätet auf)

Syndromale Effekte der Opioid-Analgetika auf das Nervensystem; zentrale Wirkungen:

- setzen die Schmerzempfindung durch Stimulation der Opioid-Rezeptoren herab: Das nozizeptive System, das die Schmerzreize aus der Peripherie ins ZNS leitet, wird auf der Rückenmarksebene blockiert; das aus dem ZNS absteigende schmerzhemmende System wird aktiviert und im limbischen System wird die affektive „Bewertung“ der Schmerzen verändert.
- beeinflussen in den schmerztherapeutischen Dosen die (anderen) Sinnesorgane nicht; dies scheint im Rahmen der Substitution doch vorzukommen.
- haben eine sedierende Wirkung und setzen die kognitiv-mnestische Leistungsfähigkeit herab; im Einzelfall kann eine Aktivierung auftreten, besonders bei kleinen Dosierungen..
- haben eine Tranquilizer-artige Wirkung (bei Angst und Anspannung)
- haben im Allgemeinen eine euphorisierende Wirkung, können aber auch dysphorisch wirken.
- haben eine atemdepressive und antitussive Wirkung.
- haben Anfangs eine emetische Wirkung, im weiteren Verlauf wird das Brechzentrum gehemmt und eine antiemetische Wirkung tritt auf.
- haben eine antidiuretische Wirkung.
- bewirken eine Miosis.
- Erniedrigen die sog. Krampfschwelle, d.h. die Krampfbereitschaft (-gefahr) wird erhöht

Syndromale Effekte der Opioid-Analgetika auf das Nervensystem; periphere Wirkungen:

- verzögern die Magenentleerung (durch Pyloruskonstriktion)
- bewirken durch Reduktion der Motilität und Erhöhung des Tonus eine spastische Obstipation
- bewirken eine Konstriktion der Sphinkteren im Bereich der Gallenwege
- steigern den Tonus der Blasenmuskulatur und erhöhen den Tonus im Sphinkter
- verringern den Tonus der Blutgefäße – evt. über eine Histamin-Reaktion (s.u.)
- können eine Histaminfreisetzung bewirken

Systemische / Endokrine Wirkungen, u.a. durch Beeinflussung anderer Transmittersysteme

- ❖ Verstärkung bzw. Induktion des Schwitzens
- ❖ Libidoverlust, bei Männern Einschränkung der *potentia coeundi* („Standfestigkeit“)
- ❖ Schlafstörungen
- ❖ Erhöhen das Verlangen nach Süßigkeiten – Insulin wird durch Opiate verzögert und vermindert freigesetzt, Erhöhung des Blutzuckerspiegels
- ❖ Hemmung der Adrenalin- und Noradrenalinfreisetzung
- ❖ evt. Induktion eines Östrogenmangels mit Gefahr der Osteoporose
- ❖ Beeinflussung des Immunsystems, u.a. Hemmung durch instabile Opiatspiegel (Intoxikation, Entzug)

Lit.: E.Mutschler et al., Arzneimittelwirkungen, 7.Stuttgart 1997 \ A. Seidenberg et al., Methadon, Heroin und andere Opiode, Bern 1998

6. Störungen durch Opiate und/oder Opioide (DSM-5 und ICD 10)

Die natürlichen Opiate bzw. die künstlich hergestellten Opioide rufen eine Symptomatik vom sog. Morphin-Typ hervor. In der ICD 10 und im DSM-5 wird nur noch die Bezeichnung „Opioid“ genutzt.

Störungen im Zusammenhang mit Opioide (DSM-5):

- Störungen durch Opioidkonsum (Opioidkonsumstörung)
- Opioidintoxikation
- Opioidentzug
- Andere opioidinduzierte Störungen
- Nicht näher bezeichnete Störungen im Zusammenhang mit Opioiden

In der ICD 10 können verschlüsselt werden unter **F 11 Störungen durch Opioide:**

- | | |
|--------|---|
| F 11.0 | akute Intoxikation |
| F 11.1 | schädlicher Gebrauch |
| F 11.2 | Abhängigkeitssyndrom |
| F 11.3 | Entzugssyndrom |
| F 11.4 | Entzugssyndrom mit Delir |
| F 11.5 | psychotische Störung |
| F 11.6 | durch ... psychotrope Substanzen bedingtes amnestisches Syndrom |
| F 11.7 | durch ... psychotrope Substanzen bedingter Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung |
| F 11.8 | andere durch ... psychotrope Substanzen bedingte psychische oder Verhaltensstörungen |
| F 11.9 | nicht näher bezeichnete durch ... psychotrope Substanzen bedingte psychische oder Verhaltensstörungen |

Der **schädliche Gebrauch** wird in der ICD-10 definiert durch seine Auswirkungen auf die Gesundheit. „Diagnostische Leitlinien:

Die Diagnose erfordert eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten. Schädliches Gesundheitsverhalten wird häufig von anderen kritisiert und hat auch häufig unterschiedliche negative soziale Folgen. Die Ablehnung des Konsumverhaltens oder einer bestimmten Substanz ... ist kein Beweis für den schädlichen Gebrauch, ebenso wenig wie etwaige negative soziale Folgen Eine akute Intoxikation (siehe F 1x.0) oder ein „Kater“ (hangover) beweisen allein noch nicht den „Gesundheitsschaden“

Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Übersetzt und herausgegeben von H.Dilling (Lübeck), W.Mombour (München), M.H.Schmidt (Mannheim) unter Mitarbeit von E.Schulte-Markwort, 4.durchgesehene und ergänzte Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 91f

Das DSM-IV(=veraltet) gab für den **Substanzmissbrauch** konkrete Kriterien an, die erfüllt sein müssen:

„A. Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums manifestiert:

- (1) Wiederholter Substanzgebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtige Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt (z.B. wiederholtes Fernbleiben von der Arbeit und schlechte Arbeitsleistungen in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch, Schulschwänzen, Einstellung des Schulbesuchs oder Ausschluß von der Schule in Zusammenhang mit Substanzgebrauch, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt).
- (2) Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (z.B. Alkohol am Steuer oder das Bedienen von Maschinen unter Substanzeinfluß).
- (3) Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch (z.B. Verhaftungen aufgrund ungebührlichen Betragens in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch).
- (4) Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der psychotropen Substanzen verursacht oder verstärkt werden (z.B. Streit mit dem Ehegatten über die Folgen der Intoxikation, körperliche Auseinandersetzungen).

B. Die Symptome haben niemals die Kriterien für Substanzabhängigkeit der jeweiligen Substanzklasse erfüllt.“

American Psychiatric Association, Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV, Deutsche Bearbeitung und Einführung H.Saß, H.-U.Wittchen und M.Zaudig, Hogrefe, Göttingen, 229

Die WHO gibt in der ICD 10 eine funktional-deskriptive Definition des **Abhängigkeitssyndroms**:

„Es handelt es sich um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihm früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, diese Substanz en oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren. ...

Diagnostische Leitlinien:

Die sichere Diagnose „Abhängigkeit“ sollte nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom ... bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrige Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (...).

5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzgebrauch trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums, oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

Ein eingeeignetes Verhaltensmuster im Umgang mit psychotropen Substanzen wurde ebenfalls als charakteristisches Merkmal beschrieben (...).“

Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Übersetzt und herausgegeben von H.Dilling (Lübeck), W.Mombour (München), M.H.Schmidt (Mannheim) unter Mitarbeit von E.Schulte-Markwort, 4.durchgesehene und ergänzte Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 92f

Diagnostische Kriterien für die Opioidkonsumstörung (DSM-5):

- A. Ein problematisches Muster von Opioidkonsum führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei mindestens 2 der folgenden Kriterien vorliegen:
1. Opioide werden häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt konsumiert.
 2. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuch, den Opioidkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.
 3. Hoher Zeitaufwand, um Opioide zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von ihrer Wirkung zu erholen.
 4. Craving oder starkes Verlangen, Opioide zu konsumieren.
 5. Wiederholter Opioidkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt.
 6. Fortgesetzter Opioidkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der Substanz verursacht oder verstärkt werden.
 7. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Opioidkonsums aufgegeben oder eingeschränkt.
 8. Wiederholter Opioidkonsum in Situationen, in der der Konsum zu einer körperlichen Gefährdung führt.
 9. Fortgesetzter Opioidkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht wurde oder verstärkt wird.
 10. Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:

a. Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen.

b. Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetztem Konsum derselben Menge eines Opioids.

Beachte: Dieses Kriterium wird nicht berücksichtigt, wenn der Konsum von Opioiden ausschließlich unter angemessener ärztlicher Aufsicht stattfindet.

11. Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:

a. Charakteristisches Entzugssyndrom in Bezug auf Opioide (siehe Kriterien A und B für den Opioidentzug, ...)

b. Opioide (oder sehr ähnliche Substanzen) werden konsumiert, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.

Beachte: Dieses Kriterium wird nicht berücksichtigt, wenn der Konsum von Opioiden ausschließlich unter angemessener ärztlicher Aufsicht stattfindet.

Zusatzkodierung:

Bestimme ob:

- frühremittiert (mehr als 3, aber weniger als 12 Monate Symptom-los)
- anhaltend remittiert (mehr als 12 Monate vollständig Symptom-los)
- in geschützter Umgebung

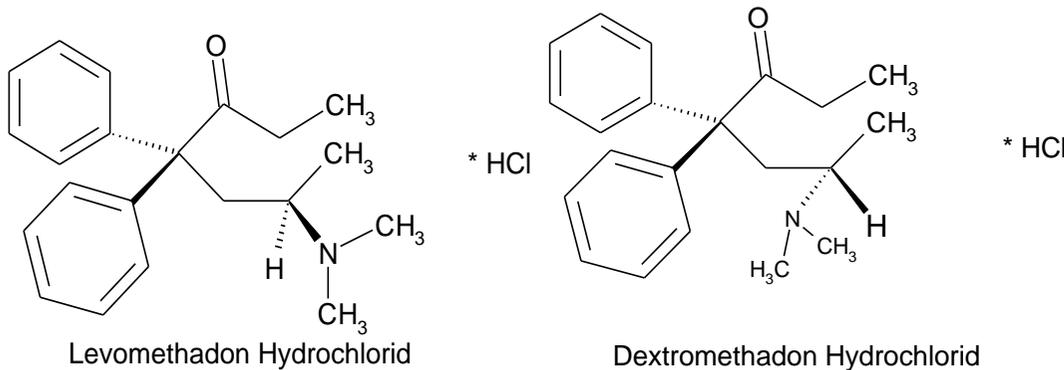
Bestimme den aktuellen Schweregrad:

- **leicht: 2 oder 3 Kriterien sind erfüllt**
- **mittel: 4 oder 5 Kriterien sind erfüllt**
- **schwer: 6 oder mehr Kriterien sind erfüllt**

7. Kurze Geschichte der Opiatersatzstoffbehandlung

Lit.: Gerlach, R.: Methadon im geschichtlichen Kontext, Onlinepublikation: www.indro-online.de/methageschichte.pdf
Hoechst AG, Zur Substitutionstherapie mit Methadon in der Behandlung Opiatabhängiger, Frankfurt/m 1992

Chemie Methadon: 6-Dimethylamino-4,4-diphenylheptanon, ein chirales (händiges) Molekül mit 2 nicht deckungsgleichen Strukturformen (Enantiomere) mit einem C-Atom als Chiralitätszentrum



(Die Graphiken wurden von der Firma Sanofi-Aventis zur Verfügung gestellt.)

- 1939 Erstsynthese durch Bockmühl und Erhardt (?) (Firma I.G. Farbenindustrie)
- 1941 Patentschrift Bockmühl und Erhardt
- 1945 Durch die ‚Patent- und Vorschriftenenteignung‘ nach dem 2. Weltkrieg wurden die Forschungsaufzeichnungen in die USA gebracht und das Dimethylaminodiphenylheptanon bekam
- 1947 den ‚generic name‘ Methadon.
- 1947 Methadon-Racemat wird in den USA erstmals in den Handel gebracht.
- 1949 Die Firma Hoechst erwirbt das Patentrecht des Methadon-Racemates für Deutschland und bringt es unter dem Namen Polamidon[®] auf den Markt (Ausbietung); die Patenterteilung erfolgt jedoch erst 1953.
- 1947/1948/1949 Isbell et al. veröffentlichen mehrere Artikel zum Einsatz des Methadon-Racemates zur Unterdrückung des Heroin-Entzugs-Syndromes.

In Lexington und Fort Worth, den beiden „narcotics farms“ des U.S.Public Health Service, wurde Methadon als Mittel der Wahl zur Behandlung der Heroinabhängigkeit eingesetzt.

- 1950 beschreibt Schader den Einsatz des Methadon-Racemates zum Morphinentzug in der Nervenlinik der Universität München.
- 1959 wird Methadon-Racemat erstmals zum Opiatentzug in Kanada eingesetzt, aber im Rahmen eines prolongierten Entzugssyndromes offensichtlich auch längerfristig gegeben.
- 1963 wird in New York von Vincent Dole (Pharmakologe) und Mary Nyswander (Psychiaterin) ein Therapieprogramm bei Heroinabhängigkeit begonnen, wobei sich Methadon als die geeignetste unter mehreren Substanzen zeigte. Hier wurde das Methadon-Racemat erstmals im Rahmen einer Dauer-Medikation eingesetzt.

1964 beschrieb Dole (erstmalig öffentlich) das Prinzip der Opiatersatzstoffbehandlung:

„Methadone in large dosis thus both diminishes the primary action of heroin and prevents readdiction. The point to be emphasized here is that giving of methadone is not in any sense gratification of a bad habit; on the contrary, it blocks euphoria.“

Freie Übersetzung: Hohe Dosen von Methadon verhindern die Wirkung des Heroins und beugen einem Rückfall vor. Ausdrücklich muss betont werden, dass die Gabe von Methadon keinesfalls die Befriedigung einer schlechten Gewohnheit darstellt, im Gegenteil, es blockiert die Euphorie.

Dole V (1965), Thoughts of narcotic addiction*, in: Bull.N.Y.Acad.Med. 41, No.2, 211-213; *Presented at the meeting of the Career Scientists of the Health Research Council of the City of New York, held at The New York Academy of Medicine, December 7, 1964, 213.

Die Opiatersatzstoffbehandlung umfasste bereits bei der Implementierung die Medikamenten-/ Substitutsvergabe und die nicht-medikamentöse „Suchttherapie“ als Einheit:

„Programs of clinical testing should be planned with the understanding that narcotic chemicals will not in themselves eliminate the psychologic problems of the addict. ... Prescribing narcotic drugs without re-education and guidance almost surely will fail to return these patients to normal life.“

Freie Übersetzung:

Klinische Versuchsprogramme sollten geplant werden mit dem Wissen, dass Betäubungsmittel nicht aus sich heraus die psychischen Probleme eines Drogenabhängigen lösen. ... Die Verschreibung von Betäubungsmitteln ohne Wieder-Erziehung und Führung wird ziemlich sicher die Rückkehr dieser Patienten in das normale Leben verfehlen.

Dole V (1965), In the Course of Professional Practise, in: New York State Journal of Medicine, April 1 1965, 927-931, 929.

Im Hinblick auf das Methadonprogramm in New York zogen Dole und Nyswander 1965 eine Zwischenbilanz:

„A group of 22 patients, previously addicted to diacetylmorphine (heroin), have been stabilized with oral methadone hydrochloride. ... This treatment requires careful medical supervision and many social services. In our opinion, both the medication and the supporting program are essential.“

Freie Übersetzung: Eine Gruppe von 22 Patienten, die früher heroinabhängig waren, wurden mit der oralen Gabe von Methadon stabilisiert. ... Diese Behandlung erfordert eine sorgfältige medizinische Überwachung und viele soziale Dienstleistungen. Unserer Meinung nach sind sowohl die Medikation als auch das Betreuungsprogramm essentiell.

Dole V, Nyswander M (1965), A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction, in: JAMA 193(8), Aug.23 1965, 80-84, 80.

Die Einschlusskriterien in das Opiatersatzstoff-Programm waren sehr hoch:

„Ermutigt durch ihre positiven Untersuchungsergebnisse dehnten DOLE und NYSWANDER ihr Behandlungsmodell auf ein größeres Sample aus. Die positiven Anfangserfolge konnten auch mit zunehmender Patientenzahl erreicht werden (vgl. DOLE/NYSWANDER/WARNER 1968). Nachfolgend halten wir die wesentlichen Zulassungskriterien und Behandlungsphasen stark gerafft fest:

- Mindestalter 20 Jahre,
- mindestens fünfjährige dokumentierte Heroinabhängigkeit,
- mindestens 3 dokumentierte Detoxifikationsbehandlungen oder Abstinenztherapien,
- primäre Heroinabhängigkeit,
- nicht arrestiert, kein laufender Strafprozess,
- kein Vorliegen psychopathologischer Störungen.

Die Behandlungserfolge führten 1967 zu einer Reduktion des Mindestalters auf 18 Jahre und der Mindestdauer dokumentierter Heroinabhängigkeit auf 2 Jahre (vgl. GEARING 1974). Das Programm wurde in 3 Behandlungsphasen unterteilt:

1. Phase: Die Behandlung beginnt mit einer 6-wöchigen Hospitalisierung zur Stabilisierung der individuell unterschiedlichen Methadondosen, die in der Regel zwischen 50 und 150 mg/d liegen.
2. Phase: Der Patient muss ein Jahr lang sein Methadon täglich aus der Klinik abholen und täglich eine Urinprobe abliefern. Er wird psychosozial begleitet und betreut.
3. Phase: Der Patient holt bei sozialer Stabilität sein Methadon nur noch einmal wöchentlich ab. Urinproben müssen wöchentlich abgeliefert werden. Die psychosoziale Begleitbetreuung wird im Bedarfsfall fortgesetzt (DOLE/NYSWANDER 1965; LAURIE 1979).“

Gerlach R, Methadon: Von der Entdeckung zur Erhaltungsbehandlung – Auflösung einiger „historischer Mythen“, in: Schneider W, Gerlach R (hg), DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik, Berlin 2004, 29 – 53, 41f

Die „Hochschwelligkeit“ dieser Behandlung war im Rahmen der Implementierung der völlig neuen Methode wahrscheinlich notwendig gewesen.

Die Sichtweise, dass ein Opiatersatzstoff die Opiatwirkung nicht hervorrufen dürfe, wurde bei der Implementierung der Opiatersatzstoffbehandlung in Deutschland ausdrücklich betont: „Die generellen Forderungen an ein medikamentöses Substitut sind: biochemische Kompatibilität und damit Anti-Craving-

Wirkung (zum Beispiel spezifische Rezeptorblockade), fehlende Toxizität, fehlende Drogenwirkung und klinische Praktikabilität.“

Lit./Zitat: Therapie der Opiatabhängigkeit. Zweite Essener Erklärung, in: Deutsches Ärzteblatt 93, Heft 5, 2. Februar 1996 (43) A-249 – 251, Zitat A-249. Unterstreichung vom Autor.

Auch hier wird die Implementierung einer umstrittenen neuen Methode der Grund gewesen sein, auf die „fehlende Drogenwirkung“ = Minimierung der psychotropen Wirkungen abzuheben; allerdings war zu der Zeit bereits bekannt, dass ein sehr großer Teil der Behandelten eine oder mehrere definierte psychische Störungen hatten, die als behandlungsbedürftig eingestuft wurden, und insoweit die „ursprünglichen“ Bedingungen von V.Dole nicht mehr vorlagen.

Problem: Wenn Menschen psychotrope Substanzen nehmen, um ihr subjektives Leiden im Rahmen einer seelischen Ausnahmesituation / Störung / Erkrankung zu lindern, wird ihnen ein sog. Drogenersatzstoff, der keine bzw. kaum eine psychotrope Wirkung entfaltet, keinen wirklichen Ersatz bieten können – also letztendlich ineffektiv sein. Sie werden ggf. andere Substanzen zusätzlich konsumieren, wie z.B. Alkohol oder Benzodiazepine.

Hinzu kommt (s.Seidenberg, a.a.O., 80-82), dass offenbar der nicht-gleichmäßige Blutspiegel der Opiate bzw. Opioide für die Affektivität von Vorteil ist. (*Es ist nicht immer Alles das Gleiche.*)

Der Transfer in das deutsche Sozialsystem: Die Aufspaltung des Behandlungssettings

Für die Behandlung Süchtiger sind in Deutschland unterschiedliche Professionen und Kostenträger zuständig, wobei die Zuordnung nur im historischen Rückblick zu verstehen ist.

Die (nicht-medikamentöse) Suchttherapie („Beratungsstellen“) ist in Deutschland traditionell das Element der sog. Suchtkrankenhilfe, für die die Kommunen letztendlich zuständig sind. Dabei stand zunächst nicht so sehr das Suchttherapeutische Anliegen im Mittelpunkt, vielmehr ging es zunächst um die soziale Abfederung der Suchtfolgen. Daher sind traditionellerweise in der kommunalen Suchtkrankenhilfe SozialarbeiterInnen tätig.

Die Sucht galt lange Zeit nicht als Krankheit, sondern als Charakterfehler bzw. „Laster“. Erst 1968 urteilte das Bundessozialgericht im Hinblick auf die Alkoholabhängigkeit, dass diese eine Krankheit darstelle, die an sich eine medizinische Behandlung auf Krankenkassenkosten erfordere.

Die suchtspezifische Langzeittherapie – nach einem Entzug – wird in Deutschland primär von den Rentenversicherungsträgern finanziert, sofern sie im Wesentlichen der Wiedergewinnung der Arbeitsfähigkeit dient.

Zusammenfassend gibt es also in Deutschland 3 Finanziere im Bereich der suchttherapeutischen Versorgung bei unterschiedlichen beteiligten Professionen.

Das „wissenschaftliche Erprobungsvorhaben *Medikamentengestützte Rehabilitation bei i.v. Opiatabhängigen*“ des Landes Nordrhein-Westfalen 1988-1993 stand vor dem Dilemma, dass es kaum ÄrztInnen gab, die die ambulante Langzeitbehandlung von Süchtigen sowohl in der somatischen als auch in der psychischen oder gar in der sozialen Dimension beherrschten. Daher wurde die Substitutionstherapie getrennt in die medizinischen Untersuchungen und die Medikamentenvergabe durch ÄrztInnen einerseits und die suchtttherapeutische Begleitung / Behandlung andererseits, die durch kompetente TherapeutInnen aus dem kommunalen Suchtkrankenhilfesystem übernommen wurde.

Als nach Ablauf des Programms der Rahmen für eine Regelversorgung aufgestellt wurde, fielen die „medizinischen“ Teile (Untersuchungen und Medikamentenvergabe) in die Krankenkassenfinanzierung, die suchtttherapeutische Behandlung jedoch wurden als psychosoziale Betreuung den Kommunen im Rahmen ihrer Suchtkrankenhilfe „zugeschoben“.

So wurde die Substitutionsbehandlung in 2 Teile zerlegt: In die Opiat-Ersatzstoff-Gabe (= Medikamentenvergabe) und in die sog. psychosoziale Betreuung.

Wie immer, wenn unterschiedliche Finanziere an einem Projekt beteiligt sind, kann berechtigt vermutet werden, dass in Zeiten knapper Gelder jeder der Beteiligten versuchen wird, seine eigenen Kosten zu Lasten des Anderen zu minimieren.

Letztendlich wird von den Betroffenen erwartet, dass er/sie die Spaltung des Systems überwindet.

8. Exkurs: Von 1988 bis 1992 wurde in NW das wissenschaftliche Erprobungsvorhaben „Medikamentengestützte Rehabilitation bei i.v.Opiatabhängigen“ durchgeführt.

Zielgruppe dieses Erprobungsvorhabens waren Drogenabhängige mit den Kriterien:

- „zwei gescheiterten mehrmonatigen Abstinenztherapien
- Mehrjährige Opiatabhängigkeit, keine bestehende Mehrfachabhängigkeit
- Mindestalter 22 Jahre
- Keine bestehende, unbehandelte Alkoholabhängigkeit
- Teilnahme am Begleitprogramm mit dem Ziel der Rehabilitation“ [\[Abschlussbericht S.1\]](#)

Das Eingangskriterium „keine bestehende Mehrfachabhängigkeit“ bedeutete offenbar nicht, dass die TeilnehmerInnen keinen Missbrauch bzw. keine Abhängigkeit von weiteren psychotropen Substanzen aufwiesen; die nach 6 Monaten durchgeführte Erhebung zeigte bei 34% einen Missbrauch (aber keine Abhängigkeit) von weiteren psychotropen Substanzen, bei 35% lag eine Abhängigkeit vor, zum Teil mit einem weiteren Missbrauch, und nur 31% hatten weder einen zusätzlichen Missbrauch noch eine Abhängigkeit. [\[Abschlussbericht S.89\]](#) Insofern ist dieses Kriterium für den Verlauf der Substitution deutlich zu relativieren.

Ca.80% der TeilnehmerInnen waren Männer, das Durchschnittsalter zu Beginn des Eintritts ins Erprobungsvorhaben lag bei ca.32 Jahren. [\[Abschlussbericht S.28\]](#) Die TeilnehmerInnen waren im Mittel 14

Jahre opiatabhängig, mehr als 40% sogar mehr als 15 Jahre. Das Alter zu Beginn des Opiatkonsums lag im Mittel bei 17,4 Jahren, das des i.v.-Opiatkonsums bei 17,7 Jahren. [\[Abschlussbericht S.43f\]](#)

Zum Vorliegen psychischer Störungen gibt es mehrere Aussagen:

1. 46,5% der TeilnehmerInnen begingen vor dem Modellversuch einen Suizidversuch, ca.20% sogar mehrere. [\[Abschlussbericht S.32\]](#)
2. Im psychopathologischen Eingangsbefund gemäß AMDP wurden zu 100% Affektstörungen sowie Antriebs- und psychomotorische Störungen diagnostiziert, zu 41-44% Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, formale Denkstörungen sowie Befürchtungen und Zwänge, und zu 1,5-2,2% Ich-Störungen, Wahn und Halluzinationen. [\[ausgewählte Angaben, s. Abschlussbericht S.80\]](#)
3. Die psychiatrische Diagnostik gemäß DSM-III-R zeigte bei 70% der TeilnehmerInnen (N= 223) das Vorliegen einer psychischen Störung zusätzlich zur Abhängigkeit auf, nur 30% hatten keine Zusatzstörung. Bei den 156 komorbiden TeilnehmerInnen wurden 229 Diagnosen gestellt, also im Mittel 1,5 Diagnosen. Die vorliegenden psychischen Störungen waren bei mehr als 92% der Betroffenen so ausgeprägt, dass sie als therapiebedürftig angesehen wurden. Die 70% teilten sich auf in 45,8% Persönlichkeitsstörungen sowie zu je 12,1% in sonstige Störungen und Persönlichkeits- plus sonstige Störungen. [\[Abschlussbericht S.83\]](#) Diese Daten wurden 6-12 Monate nach Beginn des Erprobungsvorhabens erhoben.

4. Die 229 Diagnosen wurden in 4 Gruppen zusammengefasst: 166 Diagnosen waren Persönlichkeitsstörungen, 35 affektive Störungen, 11 Angststörungen und 17 „andere Störungen“; unter diesen wurde aus dem schizophrenen Formenkreis nur 1 Störung des residualen Typus gefunden, also in $1:223 = 0,45\%$. [Abschlussbericht S.84]
5. Unter den TeilnehmerInnen, die das Erprobungsvorhaben wegen einer Polytoxikomanie oder eines „nicht tolerierbaren Beigebruchs“ beenden mussten, lag zu fast 90% eine psychische Komorbidität vor – also fast 20% höher als im Gesamtkollektiv. [Abschlussbericht S.174, Zitat ebendort.]
6. In dem Erprobungsvorhaben wurde ein Zusammenhang zwischen der subjektiven Befindlichkeit der TeilnehmerInnen und ihrem Drogenkonsumverhalten gefunden, wobei eine Herabgestimmtheit nicht nur durch äußere Belastungen hervorgerufen werden konnte: „Je stärker die subjektiven Beschwerden vom Probanden erlebt werden, desto häufiger werden vom ihm Benzodiazepine eingesetzt ... Zu den allerdings häufig genannten Beschwerden zählen auch unangenehme Wirkungen des Methadons, wie z.B. übermäßiges Schwitzen ...“ [Abschlussbericht S.114.] Daraus wird als ‚Schlussfolgerung‘ gezogen: „Aktuell empfundene Herabgestimmtheit oder Beschwerden allgemein erhöhen die Wahrscheinlichkeit, daß auf das „alte“ Verhalten Drogenkonsum zurückgegriffen wird, um den aktuellen Zustand zu bessern.“ [Abschlussbericht S.116, Zitat ebendort.]

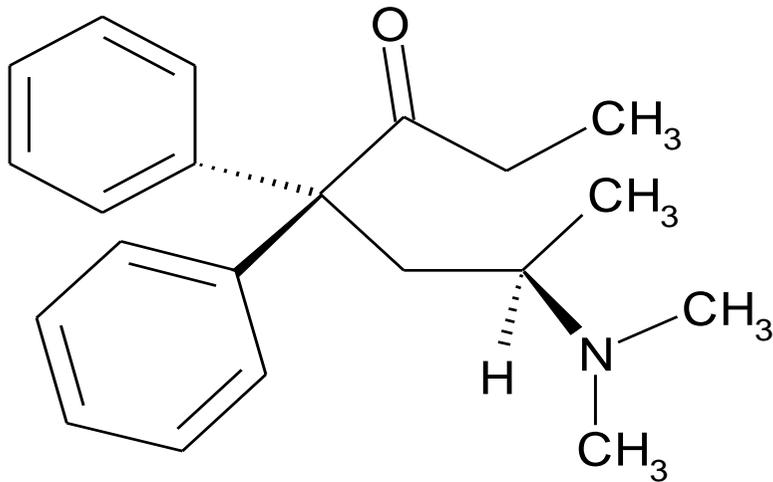
Folgerungen für die „klinisch“-diagnostische Einschätzung:

- **(Mindestens) 2/3 der Opiatabhängigen betreiben zusätzlich zum Opiat einen weiteren Gebrauch von psychotropen Substanzen, haben also ein polytoxikomanes Konsummuster.**
- **Je nach zusätzlich konsumierter Substanz sind weitere substanzbedingte Störungen erwartbar, die im Einzelfall eine Behandlungsbedürftigkeit hervorrufen.**
- **60 – 80 % (je nach Studie) der Opiatabhängigen weisen zusätzlich zum Substanzkonsum eine behandlungsbedürftige psychische Störung auf.**
- **Wahrscheinlich gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Substanzkonsum-Muster und dem Vorliegen einer weiteren psychischen Störung:
Je intensiver der Substanzkonsum ist, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine behandlungsbedürftige psychische Störung vorliegt.**

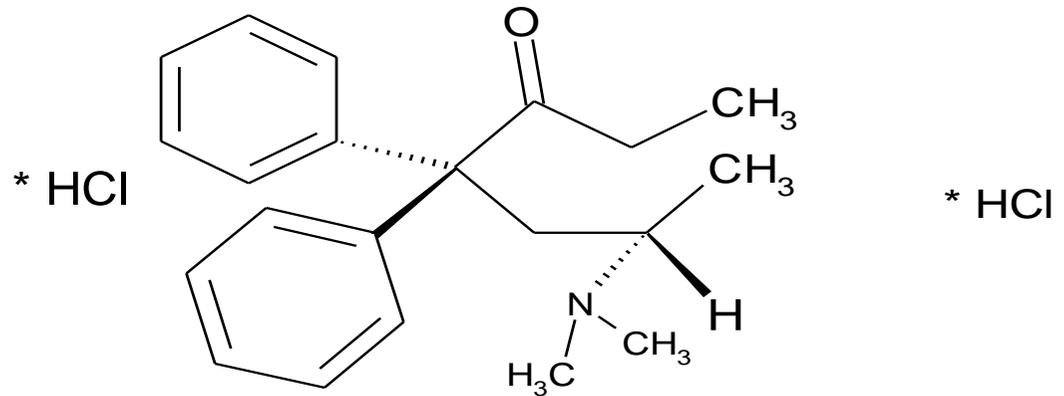
9. „Besonderheiten“

9.1. Methadonrazemat – was ist das – und was ist Levomethadon?

Die Substanz Methadon besteht aus zwei in der atomaren Zusammensetzung / Summenformel identischen Molekülen mit unterschiedlicher Raumstruktur:



Levomethadon Hydrochlorid



Dextromethadon Hydrochlorid

Chemie: Methadon ist das 6-Dimethylamino-4,4-diphenyl-**Heptanon**, ein chirales (händiges) Molekül mit 2 nicht deckungsgleichen Strukturformen (Enantiomere) mit einem C-Atom als Chiralitätszentrum

Es ist aus anderen Substanzen bekannt, dass die Raumstruktur bei Enantiomeren eine entscheidende Rolle spielt – dies scheint auch beim Methadon der Fall zu sein:

Effekt	Levomethadon	Dextromethadon (DM)/Methadon-Razemat (MR)	Beleg
Bind. an μ 1-R.	10fach stärker als DM	DM: 1fach (Vergleich)	Kristensen 1995
Bind. an μ 2-R.	>10fach stärker (DM)	DM: 1fach (s.o.)	Kristensen 1995
Affinität z. μ 1- u. μ 2-R.	2 x so hoch wie das Razemat	MR: 1fach (Vergleich)	Kristensen 1995
Analgetische Potenz	1,85 – 1,9-fach wie das Razemat	MR: 1fach (Vergleich)	Ther 1963
Wirkung auf das Atemzentrum	1,85 – 1,9-fach wie das Razemat	MR: 1fach (Vergleich)	Ther 1963
Hustenstillung	12fach stärker als DM	DM: 1fach (Vergleich)	Ther 1963
Herzfrequenz-Minderung	gleich wie DM	gleich wie Levomethadon	Ther 1963
Herz-Amplituden-Minderung	gleich wie DM	gleich wie Levomethadon	Ther 1963
Minderung des Coronardurchfl.	gleich wie DM	gleich wie Levomethadon	Ther 1963
Hibernatorische Wirkung (Künstl. Winterschlaf)	15 – 25-stärkere Potenz als DM	in der benötigten Dosis toxisch	Ther 1963
Verstoffwechsel. Clearance	CYP2D6 + CYP1A2 2 x so hoch wie DM	CYP1A2 DM: 1fach (Vergleich)	Eap 1997 Bowdie 1997
Plasma-Konz.	< als DM	> als LM	Beck 1991
HWZ	24 h	DM 25h, MR 22h	Olsen 1976
Klin. Effekt	Agonismus im MR schwächer als bei „reinem“ LM	evtl. Antagonismus an den Rezeptoren, falls als MR vorliegend	Olsen 1976

Abbildung vorige Seite und Tabelle zur Verfügung gestellt von der Firma Sanofi-Aventis.

9.2. Das Serotonin-Syndrom

Eine (persönlich erlebte) Fallgeschichte aus 2013

Vor einigen Jahren sprach mich ein Mitarbeiter aus dem niedrigschwelligen Bereich an, ob Heroin Halluzinationen auslösen könne, und ich antwortete aus vollster Überzeugung „nein“. Er meinte aber, das hätten ihm KonsumentInnen berichtet – als Entgegnung fragte ich ihn, ob er sich auf deren Berichte verlassen könne, was er (ebenso überzeugt) bejahte. Ich fragte noch einiges weitere, u.a. ob die Halluzinationen immer aufträten etc, hatte aber für das Phänomen *Halluzinationen unter Heroin* letztendlich keine Erklärung. Er bestätigte immer wieder, dass sie keine anderen Substanzen zusätzlich eingenommen hätten und sehr zuverlässig in ihren Angaben seien. Ich versuchte daher als Erklärungsversuch die Feststellung, dass die UserInnen von illegalisierten Substanzen nicht sicher sein könnten, was sie konsumierten. Wenn ihr „Stoff“ mit Halluzinogenen verunreinigt sei, könnten natürlich entsprechende Phänomene auftreten. Wir „einigten“ uns dann auf die Feststellung, dass die KonsumentInnen keine „reinen“ Substanzen zur Verfügung hätten und daher „unerklärliche“ Phänomene auftreten könnten.

Diese ‚Geschichte‘ kam mir in den Sinn, als in 2013 ein älterer Opiatgebraucher plötzlich Verwirrheitszustände erlebte, die handlungsbestimmend wurden, so dass der Eindruck einer halluzinatorischen Psychose entstand; die Symptome verstärkten sich durch den weiteren Heroinkonsum. Er bekam als reguläre Medikation 9 verschiedene Medikamente gegen seine Depression und wegen seines Asthmas. Aufgrund

dieses Medikamenten-Cocktails wurde die Verdachtsdiagnose eines serotonergen Syndroms / Serotonin-Syndroms gestellt.

Ich suchte daraufhin im Internet nach Informationen zum Serotonin-Syndrom und fand einen **Warnhinweis** zu **Fentanyl** (sog. rote Hand Brief) vom März 2013; dort wurde das Auftreten eines Serotonin-Syndroms unter der Anwendung von Fentanyl [ein Opioid] beschrieben, insbesondere, wenn dies in Kombination mit einem serotonergen Medikament [Medikament, das auf das Serotonin-System einwirkt] angewendet wird. Beim weiteren Suchen fand ich **zwei andere Opioid**e, für das das Auftreten eines Serotonin-Syndroms beschrieben ist: Auch **Pethidin und Tramadol** können ein Serotonin-Syndrom hervorrufen. Ferner sind einzelne Symptome aus dem serotonergen Syndrom beschrieben in der Information für Fachkreise zum (neuen) Substitutionsmedikament Substitol[®] (retardiertes **Morphinsulfat**).

In [wikipedia](#) wird das Serotonin-Syndrom medizinisch zutreffend beschrieben:

Die Diagnose eines Serotoninsyndroms kann gestellt werden durch das Auftreten von mindestens drei der von Sternbach 1991 beschriebenen Symptome infolge der Anwendung eines oder mehrerer Medikamente, die den Serotoninspiegel im Gehirn erhöhen können. Die von Sternbach beschriebenen Symptome werden heute zu drei Gruppen zusammengefasst:

Symptome eines Serotoninsyndroms :

autonom vegetative Symptome

Pulsanstieg	Blutdruckanstieg
Schwitzen	„Grippegefühl“
Übelkeit	(akutes) Erbrechen
Durchfall	Kopfschmerzen
schnelle Atmung	Pupillenerweiterung

Symptome einer zentralnervösen Erregung

Unruhe	<u>Akathisie</u> (Sitzunruhe)
Halluzinationen	<u>Hypomanie</u> (beginnend krankhaft erhöhte Stimmungslage)
Störungen des Bewusstseins	Koordinationsstörungen

neuromuskuläre Symptome

<u>Tremor</u> (Zittern, bes. der Hände)	gesteigerte Reflexe
<u>Myoklonie</u> (Muskelzuckungen)	pathologische Reflexe
Krämpfe	Anfälle

Tabelle und vorstehender Text mit Veränderungen und Erläuterungen übernommen aus:
<http://de.wikipedia.org/wiki/Serotonin-Syndrom>, abgerufen 16.05.15

Wenn man diese medizinischen Infos kurz in der Alltagssprache zusammenfasst und das beschriebene Bild mit den 3 unterschiedlichen Rauschmittelkategorien/ -wirkungsmechanismen *upper/ downer/ Halluzinogenen* vergleicht, liegt eine Mischung aus *upper-* und Halluzinogen-Bild vor.

Es gibt Hinweise darauf, dass das Serotonin-Syndrom unter Heroin auftreten kann:

In der Fachinformation zu Diaphin[®] – dem in Deutschland zur Diamorphingestützten Behandlung zugelassenem Medikament, wird auf das die Auslösung eines Serotonin-Syndroms durch Opioide bei gleichzeitiger bzw. zeitnaher Behandlung mit einem MAO-Hemmer hingewiesen, anschließend wird informiert, dass dieses Phänomen auch bei der Anwendung von Diaphin[®] nicht auszuschließen sei.

Da bereits für einige Opioide das Auftreten eines Serotonin-Syndroms beschrieben wurde, kann das Auftreten des Syndroms auch beim Opioid Methadon nicht ausgeschlossen werden – insbesondere, wenn sie zusätzliche Medikamente erhalten, die das Serotonin-System beeinflussen.

Diese Arbeitshypothese ist relativ konkret, da es immer wieder Methadon-PatientInnen gibt, die mit Medikamenten behandelt werden, die den Serotoninspiegel beeinflussen, z.B. die SSRI: Sie behindern die Wiederaufnahme von Serotonin aus dem synaptischen Spalt.

9.3. Die REM-Schlaf-Verhaltensstörung

Bereits 1993 fand eine Schweizer Arbeitsgruppe eine Beeinflussung der Schlafstadien unter Methadon-Razemat. Sie führten bei 10 Alkoholikern, die seit längerer Zeit abstinent lebten, bei 5 Substituierten, die seit mindestens 2 Monaten mit Methadon-Razemat behandelt wurden und bei 10 gesunden Kontrollpersonen ein Schlaf-EEG und ein paralleles EMG durch. Bei den 5 Substituierten zeigten sich eine signifikant verlängerte REM-Latenz und eine fehlende Tonusererniedrigung im REM-Schlaf. Diese Störung war jedoch nicht signifikant korreliert mit vermehrten Aufwachphasen, wobei die Autoren darauf hin weisen, dass dies durch die geringe Anzahl von Testpersonen und einer großen Streuung der Zahl der Aufwachphasen verursacht sein könnte. Die Autorengruppe vermutet auf Grund von Tierversuchen zur Aufhebung der Atonie, dass die kontinuierliche Einnahme des Opiates eine Störung der inhibitorischen Impulse auf der pontinen Ebene induzieren kann, ohne sich diagnostisch festzulegen.

Die Aufhebung der Atonie in der REM-Schlafphase ist ein eigenes Syndrom und wird als REM-Schlaf-Verhaltensstörung (engl.: REM-Sleep-Behavior-Disorder, RBD) bzw. Schenk-Syndrom bezeichnet. Dieses Phänomen wurde von Schenk et al. 1986 erstmalig vollständig beschrieben und als seltene Erkrankung hauptsächlich von Männern jenseits des 50. Lebensjahrs angesehen. Es ruft lebhaft motorischen Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Träumen im REM-Schlaf hervor und kann nicht selten zu Verletzungen des/r Betroffenen oder des/der BettpartnerIn (s.: Gewaltschläfer).

Aufgrund der Forschungen wurde die RBD bei einer großen Anzahl von Erkrankungen hauptsächlich neurodegenerativer Art gefunden, z.B. als Vorläufer-Symptom bei der Parkinson Erkrankung und beim Alzheimer-Syndrom. Ferner kann sie Medikamenteninduziert vorkommen, z.B. bei diversen trizyklischen Antidepressiva, bei fast sämtlichen SSRI, bei dopa-

minergen Substanzen und bei Beta-Blockern, sowie bei einem Konsum von Alkohol oder Stimulantien, z.B. Amphetaminen. Aus der S3-Leitlinie nicht erholsamer Schlaf (abgelaufen) ist zu entnehmen, dass auch Tramadol diese Störung triggern kann (ebendort S.108).

Ferner kann das Syndrom auch ohne erkennbare Ursache auftreten.

Auf der pathophysiologischen Ebene kommt es u.a. zur Ausschaltung des hemmenden serotonergen Einflusses auf den frontalen Kortex im REM-Schlaf.

Therapie der 1. Wahl ist die Medikation mit Clonazepam in niedriger Dosierung. Damit korreliert die Schilderung vieler Substituierter: Sie berichten, dass sie mit einer (mehr oder weniger geringen) Benzodiazepin-Medikation einerseits besser schlafen können und sich andererseits nicht so niedergeschlagen und inaktiv fühlen.

Eine Benzodiazepin-Medikation wurde bzw. wird oftmals als sog. Beigebrauch betrachtet und somit dem Therapieziel der Substitutionsbehandlung entgegenstehend. Diese Sichtweise muss auf dem Hintergrund der Datenlage hinterfragt werden, allerdings ist eine prophylaktische Benzodiazepin-Medikation nicht indiziert.

10. Information für die PatientInnen der Methadonambulanz Bochum zu den Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen der Substitutionsmittel

Die Substitutionsmittel Methadon bzw. L-Polamidon® (Inhaltsstoff Levo-Methadon) und Subutex® (Inhaltsstoff Buprenorphin) sind Opioide, d.h. künstliche Opiate. Sie haben eigene Wirkungen und Nebenwirkungen. Auch gehen sie Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und anderen Drogen ein. Zu den Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen wird im Folgenden informiert.

Kurzinformationen:

- Wenn körperliche Beschwerden, insbesondere Herzbeschwerden, auftreten oder seelische „Veränderungen“ bemerkbar werden, z.B. Lustlosigkeit oder verstärkte Reizbarkeit, sprechen Sie **vor** der nächsten Einnahme des Substitutionsmedikamentes mit dem Arzt/der Ärztin.
- Wenn Sie trotz der Substitution Rauschmittel nehmen – also rückfällig werden bzw. sog. Beikonsum betreiben -, sprechen Sie **vor** der nächsten Einnahme des Substitutionsmedikamentes mit dem Arzt/der Ärztin.
- **Bei Frauen bleibt unter Heroin oftmals der normale Zyklus aus; dieser kann unter Substitution wieder einsetzen, d.h., dass Frauen auch wieder Kinder bekommen können. Wenn Sie keine Kinder haben wollen, müssen Sie verhüten.**

- Besonders zu Beginn der Substitutionsbehandlung kann verstärkt Verstopfung auftreten; meist helfen vermehrte Flüssigkeitsaufnahme und ballaststoffreiche Ernährung, z.B. Obst.
- Übelkeit und Brechreiz kommen besonders häufig vor, wenn **vor** der Einnahme des Substitutionsmittels nichts gegessen wird.
- Übermäßiges Schwitzen kommt relativ häufig vor.
- **Methadon kann die Wahrnehmung, die geistigen Fähigkeiten und die Reaktionsgeschwindigkeit so weit beeinträchtigen, dass die Teilnahme am Straßenverkehr und die Arbeit an gefährlichen Arbeitsplätzen nicht möglich sind. Dies trifft insbesondere zu, wenn gleichzeitig andere psychoaktive Substanzen eingenommen werden.**
- Der Methadon-Entzug und der Buprenorphin-Entzug dauern deutlich länger als der Heroin-Entzug; brechen Sie daher eine Substitutionsbehandlung nie ab.
- Der erneute Heroin-Konsum nach einer *clean*-Zeit ist sehr gefährlich, da der Körper den Konsum nicht mehr gewohnt ist und bereits kleinere Mengen zu Zwischenfällen führen.
- Der gleichzeitige Konsum von Opiaten und/oder Alkohol und/oder „Benzos“ und/oder anderen Beruhigungsmitteln zusätzlich zum Substitutionsmittel kann zum Atemstillstand führen.

Wenn Sie Fragen haben, insbesondere zu den Fachausdrücken, können Sie sich an den/die substituierende/n Arzt/Ärztin bzw. andere MitarbeiterInnen der Methadonambulanz Bochum wenden.

Detaillierte Informationen:

1.) Allgemeine Gegenanzeigen (Kontraindikationen) für den Einsatz von Opiaten bzw. Opioiden sind:

- Atemschwäche/Ateminsuffizienz, wegen der sog. Atemdepression (= Abschwächung des Atemreizes),
- Asthma bronchiale, wegen der Gefahr des Bronchospasmus („Verkrampfung“ der Bronchen),
- erhöhter Druck im Kopf, z.B. bei Hirnödem,
- akute Bauchspeicheldrüsenentzündung, wegen des Sekretstaus im Gefolge des Sphinkterspasmus,
- Colitis ulcerosa, wegen der Perforationsgefahr bei abgeschwächter Propulsion unter spastischer Kontraktion.

2.) Eine eingeschränkte Indikation für den Einsatz von Opiaten bzw. Opioiden allgemein liegt vor bei:

- Gallenkoliken, wegen der spasmogenen Effekte auf die glatte Muskulatur,
- Ureterkoliken, wegen der spasmogenen Effekte auf die glatte Muskulatur,
- Volumenmangel (Schock), wegen der Verstärkung der Blutdrucksenkung,
- Cor pulmonale, wegen der Atemdepression,
- Schilddrüsenunterfunktion/Hypothyreose, wegen der Verstärkung der Bewusstseinsstörung,

Bei der Leberinsuffizienz ist eine Dosisanpassung notwendig.

3.) Die **Fachinformationen für L-Polamidon® Lösung zur Substitution (Levo-Methadon) und Methadict® (Methadon-Razemat) führen als Gegenanzeigen auf:**

- Überempfindlichkeit gegen Levo-Methadon bzw. Methadon-Razemat,
- Überempfindlichkeit gegen einen der pharmazeutischen Hilfsstoffe in den Fertigarzneimitteln,
- Behandlung mit MAO-B-Hemmern,
- Verwendung von Opiatantagonisten – außer im Intoxikationsfall,
- Einsatz an Kindern- und Jugendlichen unter 18 Jahren.

4.) Eine strenge Begründung für die Anwendung/Indikationsstellung bei Opiaten bzw. Opioiden und eine besondere ärztliche Überwachung ist lt. Fachinformationen für L-Polamidon® Lösung zur Substitution und Methadict® notwendig bei:

- Schwangerschaft und Stillzeit,
- Bewusstseinsstörungen,
- gleichzeitiger Anwendung anderer zentral dämpfender bzw. atemdepressiver Medikamente bzw. Substanzen,

- erhöhtem Hirndruck,
- niedriger Blutdruck/Hypotension bei Hypovolämie,
- Prostatahypertrophie mit Restharnbildung,
- Pankreatitis,
- Gallenwegserkrankungen,
- obstruktiven und entzündlichen Darmerkrankungen,
- Phäochromozytom,
- Schilddrüsenunterfunktion/Hypothyreoidismus,
- Beeinträchtigung des Atemzentrums, der Atemwege bzw. der Atemfunktion, Hypoxie und Hyperkapnie
- Störung der Reizleitung am Herzen/bekannte – oder vermutete - Verlängerung des QT-Intervalls im EKG
- Elektrolyt-Ungleichgewicht, besonders Hypokaliämie,
- Bradykardie,
- Behandlung mit Antiarrhythmika der Klasse I und III,
- Asthma bronchiale,
- chronisch obstruktiver Lungenerkrankung,

- Cor pulmonale,
- PatientInnen mit atopischen Phänomenen, diese könnten verstärkt werden, z.B. Hautausschläge.

5.) Die Opiate und Opioide bewirken peripher:

- eine Kontraktion der glatten Muskulatur mit unterschiedlichen Auswirkungen im Bereich des Gastrointestinums,
- eine Histaminfreisetzung mit Bronchospasmus und leichtem Blutdruckabfall im Körperkreislauf,
- weitere Veränderungen im Endokrinum durch Beeinflussung der hypothalamisch-hypophysären Achse, z.B. Erhöhung des Blutzuckerspiegels und antidiuretische Wirkung,
- immunologische Veränderungen; bei akuter Opiatapplikation und im Opiatentzug wird die immunologische Kompetenz gehemmt, bei stabiler chronischer Gabe ist kaum noch ein Einfluss nachweisbar.

6.) Die Opiate und Opioide bewirken zentral eine:

- sehr gute (sog. zentrale) Analgesie; die analgetische Wirksamkeit des Methadons ist dem Morphin analog und schwankt zwischen 4 bis 6 Stunden,

- Atemdepression; diese Wirkung hält bei Methadon im Rahmen einer einmaligen bzw. kurzfristigen Gabe deutlich länger an als die analgetische Wirkung; im Rahmen der längerfristigen Substitutionstherapie erfolgt eine Gewöhnung, [Jage 1989]
- sehr gute antitussive Wirkung durch zentrale Hemmung/Dämpfung des Hustenreizes,
- Miosis (Verengung der Pupille) durch Erregung von Neuronen im Kerngebiet des N.oculomotorius,
- Erhöhung der (epileptischen) Krampfbereitschaft,
- zentrale Sympatholyse (= Adrenorezeptorblockade) mit vor allem kardiovaskulären Auswirkungen wie Abfall von Herzfrequenz, Blutdruck, Herzzeitvolumen und Sauerstoffverbrauch (am Herzen),
- Stimulation dopaminerger Rezeptoren in der Chemorezeptortriggerzone mit Auslösung zentral bedingter Übelkeit und Erbrechen; die spätere zentrale Sedierung führt auch zur Dämpfung des Brechzentrums und daher zum Nachlassen des Brechreizes,
- leichte Sedation, aber keine eigentliche hypnotische Wirkung,
- Euphorie, vereinzelt auch Dysphorie,
- Tranquilliser-artige Wirkung: beseitigen Anspannungs- und Angstgefühle und führen allgemein zur psychischen und psychomotorischen Verlangsamung,
- aktivierende Wirkung, vor allem im Bereich der Motorik, durch Einfluss auf dopaminerge (nigrostriatale) Bahnen.

7.) Systemische Wirkungen der Opiate und Opioiden:

- Die Opiat-induzierte Atemdepression bewirkt eine verminderte CO₂-Abatmung und führt zu einer zerebralen Vasodilatation. Konsekutiv steigt der Liquordruck an, klinische Auswirkungen sind - evt. Migräneartige – Kopfschmerzen.
- Eine Methadonzufuhr unterdrückt die Opiatentzugssymptome, eine regelmäßige Methadonzufuhr ruft eine Abhängigkeit vom Opiattyp hervor. Ein Methadon-Entzug bei Methadon-Abhängigkeit ruft ein Opiatentzugssyndrom hervor.

Methadon kann die Wahrnehmung, die geistigen/kognitiven Fähigkeiten und die Reaktionsgeschwindigkeit so weit beeinträchtigen, dass z.B. die Teilnahme am Straßenverkehr und die Arbeit an gefährlichen Arbeitsplätzen nicht möglich sind. Dies trifft insbesondere zu, wenn gleichzeitig andere psychoaktive Substanzen eingenommen werden.

8.) Bei Nicht-Opiat-gewohnten Erwachsenen kann eine Einmal-Gabe von 10-15 mg Levo-Methadon (L-Polamidon®) bzw. 20-30 mg Methadon(-Razemat) eine Lebensbedrohliche Vergiftung/Intoxikation herbeiführen (entspricht ca. ½ Teelöffel).

9.) Symptome der Überdosierungen sind z.B.

- eine Miosis,
- eine Atemdepression bis Atemlähmung,
- eine Bewusstseinsstörung bis zum Koma,
- ein Blutdruckabfall,
- eine Tachykardie bis zum Herzflimmern,
- eine Hypothermie,
- eine Abschwächung der Reflexe bis zur Aufhebung der Reflexe,
- weitere neurologische Schädigungen mit Pyramidenbahnzeichen und tonisch-klonischen Krämpfen,
- ein Lungenödem und
- ein Hirnödem.

Bei einer Überdosierung ist eine intensivmedizinische Behandlung notwendig.

Die Atemdepressive Wirkung hält bei einmaliger bzw. kurzfristigem Einsatz deutlich länger an als die analgetische und kann bis zu 75 Stunden andauern. Im Rahmen einer längerfristigen Methadon-Behandlung, z.B. der Substitutionstherapie, schwächt sich diese Wirkung deutlich ab.

10.) „Nebenwirkungen“(UAW = unerwünschte Arzneimittelwirkungen)

- Miosis („Steckies“: Stecknadelkopfgrosse Pupillen),

- Bradykardie,
- Herzklopfen,
- Störung der Herzreizeitung (QT-Verlängerung) und des Herzrhythmus (z.B. Torsade de Pointes)
- Hypotonie,
- Kopfschmerzen und Schwindelerscheinungen,
- Erhöhung des Hirndrucks,
- Spasmen der glatten Muskulatur, z.B. Blasenentleerungsstörungen, „Gallenkoliken“,
- Übelkeit, evt. mit Erbrechen,
- Mundtrockenheit,
- Obstipation/Verstopfung,
- antidiuretische Wirkung mit verminderter Harnmenge,
- vermehrtes Schwitzen mit z.T. anfallsartigen Schweißausbrüchen,
- Urtikaria,
- Pruritus,
- Stimmungsveränderung, z.B. Euphorie, seltener Dsyphorie,
- Veränderung des psychomotorischen Aktivitätsniveaus, z.B. Sedierung, nur in seltenen Fällen Exzitation,

- Schlaflosigkeit,
- Einschränkungen der kognitiven Leistungen,
- Orientierungsstörungen, im Einzelfall Verwirrtheit,
- Eingeschränkte Libido und / oder eingeschränkte potentia coeundi

Nach längerer Einnahme tritt eine Abhängigkeit vom Opiat-Typ auf.

11.) Wechselwirkungen

Wechselwirkungen von Methadon sind mit anderen Pharmaka und/oder psychoaktiven Substanzen möglich:

- a. Der gleichzeitige Konsum von Alkohol und/oder Benzodiazepinen und/oder Barbituraten kann zu einer Verstärkung der unerwünschten Arzneimittelwirkungen (sog. Nebenwirkungen) führen, insbesondere zur Verstärkung der Atemdepression.
- b. Pharmakologisch bedingte Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten sind im Wesentlichen unter 2 Aspekten wichtig:
 - Hemmung der Methadon-Verstoffwechslung durch eine Hemmung des bzw. durch Konkurrenz am Cytochrom-P-450-System in der Leber, u.a. durch Cimetidin, Antimykotika, einigen Antiarrhythmika und Kontrazeptiva. Dadurch wird der Methadon-Spiegel im Körper erhöht.

- Steigerung der Methadon-Verstoffwechslung durch Induktion des Cytochrom-P-450-System in der Leber, z.B. durch Carbamacepin, Phenytoin und Rifampecin. Dadurch wird das Methadon schneller verstoffwechselt und der Methadon-Spiegel im Körper gesenkt. Wegen der auftretenden Entzugerscheinungen erfolgt regelhaft eine Höherdosierung.

Weitere Informationen sind unter der Internetadresse www.drug-interactions.com erhältlich.

c. Eine besondere pharmakologische Interaktion besteht mit den MAO-Hemmern; hier kann es zu lebensbedrohlichen Wechselwirkungen kommen. Daher muss die Einnahme dieser Substanzen 2 Wochen vor Einnahme von Methadon beendet sein.

d. Die QT-Zeit-Verlängerung durch Methadon kann bei einer parallelen Medikation mit anderen Pharmaka, die auch die QT-Zeit beeinflussen, zu relevanten Herzreizleitungs- und -rhythmusstörungen führen.

Weitere Informationen sind unter der Internetadresse www.torsades.org erhältlich (University of Arizona, Health Sciences Center).

12.) Die Nebenwirkungen auf das Herz;

„Empfehlungen:

Die vorliegenden Daten weisen darauf hin, dass hochdosiertes Methadon eine QT-Verlängerung bewirken und zum Auftreten von Kammertachykardien (« Torsade de Pointes ») führen kann, insbesondere in folgenden Situationen:

- bei vorbestehender Kardiopathie (u.a. Stauungsinsuffizienz, linksventrikuläre Hypertrophie, Bradykardie oder erblich bedingte QT-Verlängerung);
- bei Elektrolytstörungen (Hypomagnesieämie, Hypokaliämie und Faktoren, die dazu führen können, wie anhaltendes Erbrechen, Durchfall, Diuretika);
- bei pharmakodynamischen Interaktionen mit Substanzen, die eine QT-Verlängerung zur Folge haben können (z.B. Antiarrhythmika der Klassen Ia und III, gewisse Antidepressiva);
- bei pharmakokinetischen Interaktionen insbesondere mit Inhibitoren von CYP3A4 (z.B. Antimykotika, Makrolid-Antibiotika, Prozeasenhemmern);
- bei vorbestehender oder neu auftretender Leberinsuffizienz, wodurch es zu einer Erhöhung der Plasmakonzentration von Methadon kommen kann.

Diese Faktoren müssen bei einer Methadonverschreibung systematisch gesucht und bei der Indikationsstellung berücksichtigt werden.

In Risikosituationen sind vor Behandlungsbeginn und bei Dosiserhöhungen eine klinische Untersuchung und ein EKG durchzuführen.

Der Patient/die PatientIn muss darüber informiert werden, dass er/sie beim Auftreten von Symptomen wie Synkopen, Schwindel oder Herzklopfen den Arzt aufsuchen muss.“

Zitat aus: C.Violand-V.Piguet, Methadon und dosisabhängiges Risiko von «Torsade de Pointes» (Kam-mertachykardien) und QT-Verlängerung, in: Schweizerische Ärztezeitung 85(2004)3, 95f, Zitat S.96

11. Grundzüge der Opiatersatzstoffbehandlung

! Jede (Verdachts-)Diagnose der Opiatabhängigkeit muss verifiziert oder falsifiziert werden, am sinnvollsten durch eine Urinanalyse!

Als LD₅₀ werden für Opiat-naive Menschen eine Dosis von 30mg (= 3ml einer 1%-Lösung) Methadonrazemat und von 15mg (= 3ml L-Polamidon®) Levomethadon angesehen;

▶ **die Menge von 3ml ist ca. ½ Teelöffel.**

Σ **Vor jeder Opiatersatzstoffbehandlung / Substitution muss eine Urinkontrolle gemacht werden; werden in ihr keine Opiate nachgewiesen, darf keine Opiatersatzstoffbehandlung erfolgen (QM wg. Lebensgefahr)! Zusatzinformation: Die üblichen Dosierungen von Methadonrazemat bzw. Levomethadon betragen ca. 10ml (oftmals zwischen 5 und 20ml).**

1. Derzeit sind als Substitutionsmittel zugelassen:

- Methadon-Razemat, z.B. Methaddict®
- Levomethadon, z.B. L-Polamidon®
- Buprenorphin, z.B. Buprenaddict® (kann nur sublingual verabreicht werden)
- Morphinsulfat in retardierter Form für eine Einmalgabe/Tag, z.B. Substitol®
- Codein bzw. Dihydrocodein (nur im begründeten Ausnahmefall zugelassen)
- Diacetylmorphin [Heroin®] (nur in Einrichtungen, denen eine Erlaubnis durch die zuständige Landesbehörde erteilt wurde)

2. Vom Wirkmechanismus her gibt es:

- Opiatagonisten (Methadon/Levomethadon, Codein und Morphin)
- Opiatantagonisten mit *intrinsic activity* (Buprenorphin);

Besonderheit:

- Wenn Buprenorphin gegeben wird, während (andere) Opiate noch wirken, tritt ein „turkey“ auf.
- Wenn Buprenorphin während eines Opiatentzuges gegeben wird, copiert es die Entzugerscheinungen.

- (reine) Opiatantagonisten (Naltrexon bzw. Naloxon)

Besonderheit:

- Wenn Opiatantagonisten gegeben werden, während (andere) Opiate noch wirken, tritt ein „turkey“ (akutes Opiatentzugssyndrom, evt. Intensivbehandlung nötig) auf.

3. Die Höhe der Substitutionsdosis an sich erlaubt keine Aussage zur Frage einer Intoxikation. Die Dosierung im Rahmen der Substitutionsbehandlung erfolgt ausschließlich nach klinischen Gesichtspunkten:

- Die Dosis ist ausreichend hoch, wenn vor der nächsten Methadon-Einnahme nur diskrete Entzugerscheinungen auftreten.
- Die Dosis ist zu hoch, wenn im „peak“ nach der Einnahme bzw. Resorption (ca. 1 Stunde) eine sichtbare Sedierung oder gar ein unbezwingbares Schlafbedürfnis auftritt.

4. Dosierungsfenster Methadon bzw. Levomethadon:

- Mindestdosis: 25mg Levomethadon bzw. 50mg Methadon-Razemat – sonst kann noch ein Heroin-Rausch auftreten.
- Maximaldosis: Körpergewicht in kg entspricht mg Levomethadon; für Methadonrazemat gilt: Körpergewicht in kg x 2 entspricht mg Methadonrazemat. Beispiel: eine 70kg schwere Person sollte nicht mehr als 70mg L-Polamidon[®] bzw. 140mg Methadonrazemat bekommen.

5. Vorschlag für eine Einstellung auf Methadon bzw. Levomethadon unter stationären Bedingungen:

- Zuerst: spezifische Anamnese um Opiatgebrauch und Urintestung.
- Nach Sicherung der Diagnose: Initialgabe von 3ml Methadonrazemat bzw. Levomethadon, anschließend klinische Beobachtung. Falls weiterhin eine Opiatentzugssymptomatik besteht:
- Nach 1 Stunde Gabe von zusätzlich 2ml Methadonrazemat bzw. Levomethadon, anschließend klinische Beobachtung. Falls weiterhin eine Opiatentzugssymptomatik besteht:
- Nach 1 Stunde Gabe von zusätzlich 2ml Methadonrazemat bzw. Levomethadon, anschließend klinische Beobachtung. Falls weiterhin eine Opiatentzugssymptomatik besteht:
- Fortführung der Aufdosierung in 2ml-Schritten und der anschließenden 1-stündigen Beobachtung bis zum Sistieren der Opiatentzugssymptomatik (Maximaldosis beachten).

6. Methadon wird über das Cytochrom-P-450-System der Leber verstoffwechselt – wenn keine Hepatitis oder ein anderer Leberschaden vorliegt, wird der Abbau erwartbar schneller verlaufen, als wenn eine akute bzw. chronische Leberschädigung den Abbau verlangsamt. M.a.W.: Je gesunder ein/e Substituierte/r ist, umso schneller wird das Methadon abgebaut – und umso höhere Dosen sind erforderlich.

Ein schnellerer Abbau ist bei einer Steigerung des Stoffwechsels möglich, z.B. infolge einer Körpertemperaturerhöhung oder eines post-Aggressions-Syndroms.

Ferner kann Methadon über den Schweiß ausgeschieden werden.

7. Die Untersuchungen zur Fahrfähigkeit unter Methadonsubstitution zeigten, dass sich Substituierte nicht signifikant in den kognitiv-mnestischen Funktionen von Nicht- Substituierten unterscheiden – solange sie keinen „Beigebrauch“ haben. Insgesamt kann beobachtet werden, dass Buprenorphin die kognitiv-mnestischen Leistungen eher weniger als Methadon beeinflusst.

8. Psychopharmakologisch wirken die Substitutionsmittel unterschiedlich (Terminologie !!):

- Methadon-Razemat schirmt deutlich ab – jedoch bei weitem nicht so stark wie Heroin, das abdichtet.
- Levomethadon schirmt deutlich weniger ab – hat aber auch weniger Nebenwirkungen, z.B. Übelkeit, Schlafstörungen, Störungen der *potentia coeundi*.
- Buprenorphin schirmt kaum ab – es nimmt „nur“ das Opiatcraving und macht „nüchtern“.

12. Exkurs: Opiatgebrauch mit Fertigarzneimittel

Seit längerem ist bekannt, dass sich viele der Opiatabhängigen nicht im Sucht-Hilfesystem befinden – sei es nun das medizinische System oder das der Beratungsstellen -, sondern in der Schmerztherapie behandelt werden. Dieser Befund wurde von C. Maier bereits 2008 beschrieben:

„Sucht oder Medikamentenabhängigkeit sind eine Krankheit des ZNS ... , deren Frühsymptome Miss- und Fehlgebrauch sein können ... Allerdings ist die Suchterkrankung bis heute ein auch bei Ärzten für alle Betroffenen verhängnisvoll tabuisiertes Leiden, wie einst die Syphilis und später die Hysterie. ...

Vertreter der Schmerz- und der Suchtmedizin hatten bislang offiziell kaum Berührungspunkte. Die Suchtmediziner halten Schmerztherapeuten zumindest für naiv, während Schmerztherapeuten das Problem der Sucht im (berechtigten) Kampf gegen die „Opioidophobie“ negierten oder durch sprachliche Konstrukte wie „psychische Abhängigkeit“ verharmlosten ...

Diese Zuspitzung der Situation beruht auf drei sich gegenseitig verstärkenden Faktoren:

- 1. Es werden in allen westlichen Ländern immer mehr Opioide verschrieben ... In Deutschland stiegen die Therapietage mit hochpotenten Opioiden von 8 Mio. vor 15 Jahren auf 104 Mio. im Jahre 2007 an – eine derartige Zunahme von Verschreibungen wird per se zu einer korrespondierenden Zunahme von Abhängigen führen ...**
- 2. Zudem hat die inzwischen flächendeckende Verschreibung von Opioiden zu geringeren Verbesserungen der Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und Schmerzstärke geführt ..., als Untersuchungen bei ausgesuchten, d. h. opioidsensiblen Subkollektiven erhoffen ließen ...**
- 3. Die Rate von Suchterkrankungen wird steigen, so lange jene Patienten weiterhin Opioide oder andere suchtfördernde Medikamente (z. B. Ketamin) erhalten, deren sehr hohe Schmerzstärke und Beeinträchtigung im Wesentlichen nicht durch nozizeptive oder neuropathische Reize, sondern durch psychosoziale Faktoren generiert werden ... Bei immer mehr Patienten**

mit chronischen Schmerzen, vermutlich aber auch bei einigen mit akuten Schmerzsyndromen, treten daher Symptome einer Suchterkrankung wie Persönlichkeitsveränderungen, verschwiegener Beigebrauch weiterer psychotroper Substanzen, Horten verschriebener, aber nicht eingenommener Opioide oder deren Weitergabe an Dritte ohne Schmerz zum Zweck der missbräuchlichen Anwendung ... auf, ...

Hinzu kommen generelle Veränderungen im Patientenkollektiv in den spezialisierten schmerztherapeutischen Einrichtungen. Auch wenn für Deutschland hierzu noch keine Zahlen vorliegen, nimmt nach den eigenen Erfahrungen seit 10–20 Jahren in Schmerzkliniken der Anteil an psychiatrisch gravierend erkrankten Menschen zu. Bei ihnen ist „Schmerz“ im Wesentlichen ein Symptom einer psychosomatischen oder psychiatrischen Erkrankung.“

(C.Maier: Auch Sucht ist eine Krankheit, in: Schmerz 2008 · 22:639–643, Zitate S.639f; die Literaturverweise wurden entfernt zur besseren Lesbarkeit.)

Auswahl:

(1.) Die zehn meistverkauften rezeptfreien Analgetika (ohne Re-Importe/Packungsmengen)

Rang	Präparat	Wirkstoff/e	Absatz 2012
1	Paracetamol ratiopharm	Paracetamol	17,7 Mill
2	Thomapyrin	Acetylsalicylsäure 250 mg + Paracetamol 200mg + Coffein 50mg	8,0 Mill
3	Ibu ratiopharm	Ibuprofen	6,0 Mill
4	Dolormin	Ibuprofen	5,8 Mill
5	Ibu 1A Pharma	Ibuprofen	5,6 Mill
6	Aspirin	Acetylsalicylsäure	5,4 Mill
7	Ibuhexal	Ibuprofen	5,4 Mill
8	Aspirin plus C	Acetylsalicylsäure + Vitamin C	5,2 Mill
9	Nurofen	Ibuprofen	4,5 Mill
10	Ibubeta	Ibuprofen	4,3 Mill

2.) Die zehn meistverkauften rezeptpflichtigen Analgetika (ohne Re-Importe/Packungsmengen)

Rang	Präparat	Wirkstoff/e	Absatz 2012
1	Novaminsulfon Winthrop	Novaminsulfon/Metamizol	8,0 Mill
2	Novaminsulfon ratiopharm	Novaminsulfon/Metamizol	4,7 Mill
3	Tramal	Tramadol	1,9 Mill
4	Valoron N	Tilidin + Naloxon	1,6 Mill
5	Tilidin AL comp.	Tilidin + Naloxon	1,0 Mill
6	Tilidin comp. Stada	Tilidin + Naloxon	1,0 Mill
7	Novalgine	Novaminsulfon/Metamizol	1,0 Mill
8	Katadolon	Flupirtinmaleat	1,0 Mill
9	Tilidin 1a Pharma	Tilidin	0,6 Mill
10	Metamizol Hexal	Novaminsulfon/Metamizol	0,6 Mill

3.) Die fünf meistverkauften BtM-Analgetika (Packungsmengen)

Rang	Präparat	Wirkstoff/e	Absatz 2012
1	Targin	Oxycodon + Naloxon	1.071 Tsd
2	Fentanyl 1A Pharma	Fentanyl	491 Tsd
3	Fentanyl Hexal	Fentanyl	349 Tsd
4	Palexia	Tapentadol	306 Tsd
5	Palladon	Hydromorphon	284 Tsd

„Schattenmarkt“ der Opiate am Beispiel Tramadol

1.) Tramadol-Verkauf in Deutschland 2009: Privat-Rezepte an GKV-PatientInnen?

(Angabe in Packungsmengen / Krankenversicherung; GKV: ca.85%, PKV:ca.15%):

Lt.AVR (Arzneiverordnungsreport/GKV): 4,12 Mill *{hochgerechnet plus PKV: 4,85 Mill}*

Lt.IMS (Intercontinental Marketing Services): 5,17 Mill

Differenz: ca. 26%; ca.323000 Packungen werden wahrscheinlich über ein Privat-Rezept an GKV-Pat. abgegeben; das sind 6,25% der Verkaufsmenge (5,17 Mill) bzw. 7,84% der GKV-Menge

2.) Handel WorldWideWeb, meist im Darknet / Deep web:

z.B. über www.torprojekt.org: Das TOR-Projekt(-Netzwerk) – Anonymität online (TOR: The Onion Routing)

➤ Google-Suche (15.02.15):

Tramadol kaufen: 418000 Treffer

Tramadol kaufen ohne Rezept: 342000 Treffer

Tramadol Tropfen kaufen ohne Rezept: 33500 Treffer

Tilidin kaufen: 37000 Treffer

Tilidin kaufen ohne Rezept: 16700 Treffer

Tilidin Tropfen kaufen ohne Rezept: 8520 Treffer

Oxycodon kaufen: 331000 Treffer

Oxycodon kaufen ohne Rezept: 10600 Treffer

Oxycodon Tropfen kaufen ohne Rezept: 19600 Treffer

Methadon kaufen: 44000 Treffer

Methadon kaufen ohne Rezept: 7430 Treffer

Methadon Tropfen kaufen ohne Rezept: Keine spezifische Suche mehr möglich.

Hochdosis-Gebrauch von Tramadol in Deutschland: Eine Analyse der GKV-Daten

Tholen,K.; Hoffmann,F., in: Pharmacoepidemiology and drug safety 2012

Zusammenfassung:

1. Ausgewertet wurden die Daten der GEK (GKV) aus 2007.
2. Eingeschlossen wurden alle Versicherten/PatientInnen älter als 17.Lj. mit mind. 1 Tramadol-Verschreibung im ambulanten Bereich zu Lasten der GKV in 2007, die mind. 1d in 2007 in der GEK waren.
3. Gesamtzahl der Versicherten: ca. 1,518 Mill (entspricht 1,8 % der Bevölkerung der BRD) \ \ Einwohner in der BRD 2007: 82,22 Mill (MEMO: in 2014 81,1 Mill)
4. 22`946 Versicherte (entspricht ca. 1,5% der Versicherten) haben in 2007 eine Tramadol-Verschreibung (im ambulanten Versorgungsbereich) erhalten.
5. **Def. DDD:** eine DDD (daily defined dose; veröffentl. durch die WHO) ist eine Rechengröße zur Arzneimittelverbrauchsrechnung und soll einer mittleren Tagesdosis entsprechen für einen Erwachsenen; bei Tramadol sind dies 300mg/d. (MEMO: Die empfohlene Tagesdosis – außer bei Carcinom-bedingten Schmerzen und postoperativ – ist 400 – 800 mg/d.)
6. **Def. Hochdosisgebrauch:** mehr als 180 DDD (daily defined dose) pro Jahr, d.h. mehr als 1/2a Einnahme – falls nur 1 DDD pro Tag gebraucht wird.
Problem: Bei einer doppelten DDD=600mg Tramadol/d ist die Einnahme „nur“ für mehr als 3 Monate mit 180 DDD möglich.
7. 1812 = 7,9 % der Tramadol-Pat. (entspricht 0,12 % der Gesamtzahl der Versicherten) sind HochdosisgebraucherInnen; sie erhielten durchschnittlich 382,2 DDD.
Unter den HochdosisgebraucherInnen gibt es eine Gruppe von 2,8%=635 Tramadol-Pat. bzw. 0,041% der Versicherten, die mehr als 360 DDD pro Jahr erhielten, im Durchschnitt 630,5 DDD.
Die **Nicht**-HochdosisgebraucherInnen erhielten im Durchschnitt 24,7 DDD.
8. 90,9% aller Tramadol-PatientInnen haben eine Schmerzdiagnose, 93,1% der HochdosispatientInnen haben eine Schmerzdiagnose.

Ausgewählte Resultate der Analyse:

	> 90 DDD	> 180 DDD	> 270 DDD	> 360 DDD
<i>Männer</i>	48,4%	46,7 %	46,0 %	46,9 %
<i>Frauen</i>	51,2 %	53,3 %	54,0 %	53,1 %
Rückenschmerzen	77,8 %	77,1 %	77,2 %	78,9 %
Arthritis	50,7 %	49,6 %	45,8 %	43,3 %
Neuropathische Achmerzen	35,3 %	35,9 %	36,1 %	36,1 %
Kopfschmerzen	15,2 %	17,8 %	20,7 %	21,1 %
Carcinomschmerzen	7,7 %	6,8 %	6,7 %	6,5 %
Frakturschmerzen	4,3 %	4,0 %	3,4 %	3,1 %
Chron.Schmerzsyndrom	2,6 %	3,2 %	3,8 %	4,4 %
Persistierende somatoforme Schmerzstör.	4,8 %	5,6 %	6,6 %	7,6 %
Schmerzen, nicht klassifiziert	36,5 %	40,8 %	45,5 %	46,9 %
Mindestens 1 Schmerzdiagnose	94,0 %	93,9 %	94,5 %	95,1 %
Psychiatrische Komorbidität: Depression	Nicht-Hochdosispat.: 22,1 %		Hochdosispat.: 34,6 %	
Psychiatrische Komorbidität: Abhängigkeit	Nicht-Hochdosispat.: 9,3 %		Hochdosispat.: 16,1 %	
Psychiatrische Komorbidität: Missbrauch	Nicht-Hochdosispat.: 0,3 %		Hochdosispat.: 2,1 %	

9. Zusammenfassend zeigte sich ein Zusammenhang der Hochdosisverschreibung mit

- Steigendem Lebensalter
- Unspezifischer Schmerzdiagnose
- Psychiatrischer Komorbidität
- Zusätzlicher Verschreibung von starken Opioiden = Stufe 3
- Hohe Anzahl von Arztkonsultationen (vergl. 12 !!!)

10. Vermutung: Es gibt „ProblempatientInnen“, die ein Verschreibungsdilemma für einige Verschreibenden darstellen, aus dem sich die Hochdosisverschreibung ergibt.
11. In der Studie konnte differenziert werden zwischen permanentem und temporären Hochdosisgebrauch, sowie
12. bei wie vielen ÄrztInnen {im Durchschnitt 1,2} die Pat. in Behandlung waren – letztere Daten wurden nicht veröffentlicht, weil sie bedeutungslos seien !!! ???

Falls die BEK-Zahlen eine Orientierung für alle Einwohner der BRD haben könnten:

Bei 82,22 Mill Einwohner wären 0,12 % = 98664 Menschen in der BRD erwartbare Hochdosis-Tramadol-GebraucherInnen, 0,041 % = 33710 Menschen würden mehr als 360 DDD (im Durchschnitt 630 DDD) pro Jahr auf Kosten der GKV erhalten.

Hinzu kommen die ca. 323000 Packungen Tramadol (ca. 26% der Gesamtmenge), die GKV-PatientInnen auf einem Privat-Rezept erhalten. Da die Mengen nicht umrechenbar sind, wäre als Orientierung eine 26%-ige Erhöhung der PatientInnenzahl sinnvoll:

98664 + 26%(=25653) = 124317 Menschen mit Tramadol-Hochdosisgebrauch

33710 + 26%(=8765) = 42475 Menschen mit mehr als 360 (Durchschnitt 630) DDD pro Jahr

In der Hitliste der 10 meistverkauften Analgetika auf Rezept (nicht-BtM-Rp.) steht die Abgabe von Tramadol als Tramal® mit 1,9 Mill Packungen; die Tilidinabgabe betrug – bei 4 Fertigarzneimitteln – 4,2 Mill Packungen.

13. Zusammenfassung

Die Behandlung Opiatabhängiger ist hochdifferenziert und durch spezifische Gesetze und Bestimmungen reglementiert.

„Sucht hat immer eine Geschichte“ – diese Geschichte fängt nicht mit dem Erstkonsum eines Rauschmittels an und hört nicht mit dem Verzicht auf den Konsum auf. In dieser Geschichte zeigen sich oftmals Kriterien einer psychischen Störung, in der das Suchtmittel „therapeutische“ Funktionen hat – jedoch machen die „Nebenwirkungen“ des Psychopharmakons den Einsatz problematisch.

Abstinenz bedeutet den Verzicht auf das bisher „bewährte“ Psychopharmakon – kann der/die Betroffene das Leben ohne das bekannte Psychopharmakon bewältigen?

Das Abholen des Substitutionsmittels aus einer Praxis/Einrichtung darf nicht nur zum „Abschlucken“ genutzt werden; es muss als therapeutischer Kurzkontakt gestaltet werden.

{Welcher Betroffene einer schweren psychischen Störung hat die Chance, täglich einen therapeutischen Kurzkontakt wahrnehmen zu können?}

Thesen:

- Die effektive Sicherheit im Betäubungsmittelverkehr kann kein Gegenargument gegen die Opiatersatzstoffbehandlung sein – ebenso kann die Erleichterung der Opiatersatzstoffbehandlung kein Gegenargument gegen die Sicherheit im Betäubungsmittelverkehr sein.
- Im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Bestimmungen sind auch Abhängige mit schwerer psychischer Komorbidität zu behandeln – bei entsprechendem Setting.
- Eine Nur-Medikamentenvergabe ist – wie bereits bei der Einführung der Methode „Opiatersatzstoffbehandlung“ durch Dole und Nyswander klar beschrieben – keine ausreichende Sucht-Behandlung.
- Ohne eine Weiterentwicklung der Opiatersatzstoffbehandlung im Sinne eines abgestuften Behandlungsmodells wird eine qualitative Weiterentwicklung der Methode unter begrenzten finanziellen Ressourcen nicht möglich sein.
- Ein wesentlicher Grund, warum die Opiatersatzstoffbehandlung in Deutschland nicht ausreichend und flächendeckend zur Verfügung steht, sind die Systembrüche bzw. –verwerfungen im deutschen Sozialrecht.
- Die derzeitige Datenlage zur real stattfindenden Opiatersatzstoffbehandlung ist in Deutschland ungenügend; vor einer gravierenden Veränderung sind fundierte Daten erforderlich.
- Die Opiatersatzstoffbehandlung beeinflusst in erheblichem Maße die „öffentliche Sicherheit und Ordnung“ – je nach Durchführung sowohl in positiver als auch in negativer Hinsicht; eine Verankerung im öffentlichen Gesundheitswesen wäre wahrscheinlich sinnvoll.

14. Ausblick: Methadon ist nicht alles

Eine Weiterentwicklung der Methode „Opiatersatzstoffbehandlung“ ist dringend nötig:

- Die Opiatersatzstoffbehandlung ist eine Suchttherapie – eine Trennung in medikamentöser Therapie versus nicht-medikamentöser Therapie ist ein systemischer Bruch, der die Therapie ineffektiv(er) macht.
- Es müssen ausreichend viele Substanzen zur Opiatersatzstoffbehandlung zugelassen werden, um im Sinne einer individualisierten Behandlung Medikamente mit divergierendem Wirkprofil zur Verfügung zu haben. Besondere Bedeutung hat dabei die Zulassung von Heroin als Substitutionsmittel.
- Die nicht-medikamentöse Suchttherapie, in Deutschland als psB bezeichnet, muss integraler Bestandteil der Methode Opiatersatzstoff-Therapie sein – und nicht ihr „Appendix“. Die beiden Elemente medikamentöse und nichtmedikamentöse Opiatersatzstoff-Therapie sollten regelhaft integriert angeboten werden.
- Ein Stufenmodell der Opiatersatzstoffbehandlung ist dringend zu implementieren.

Vorbild könnte das Versorgungssystem in den Niederlanden sein; dort wird differenzieren in

- Szene-Meider: Opiatgebraucher, die die Szene möglichst nicht kontaktieren – außer zum Drogenkauf.
- Szene-Besucher: Opiatgebraucher mit häufigem Szenekontakt, die noch Kontakte außerhalb der Szene haben.
- Szene-Bewohner: polytoxikomane Opiatgebraucher, die außerhalb der Szene kaum noch soziale Kontakte haben.

Das Therapieangebot ist entsprechend unterschiedlich.

Fragen ???

15. Anhänge

Informationen zu unterschiedlichsten Aspekten.

15.1. Entscheidungshilfen für die Beurteilung der Akutsituation

1. Liegt ein „Drogennotfall“ vor?

- Intoxikation (s.2.)
- Entzug (s.3.)

2. Welches „klinische“ Bild hat die Intoxikation?

- Sedation
- Stimulation/Agitation
- Halluzination

3. Kann der Entzug zu Komplikationen führen?

4. Liegt eine Behandlungsnotwendigkeit vor?

- Wenn ja – welche Behandlung/en ist/sind notwendig?

5. Lässt der/die Betroffene die Behandlung zu?

- Wenn nein – liegt eine Eigen- oder Fremdgefährdung vor?

6. Besteht eine psychische Störung, die vermuten lässt, dass der/die PatientIn die Folgen des Zulassens oder der Ablehnung einer Behandlung nicht erkennen kann?

7. Welche Substanz bzw. Substanzen wurden vermutlich genutzt?

- Alkohol
- Sedativa oder Hypnotika
- Opiate
- Cannabinoide
- Halluzinogene
- Kokain
- (sonstige) Stimulantien (einschl. Koffein)
- Inhalantien
- Sonstige „Drogen“
- Polytoxikomaner Konsum

8. Welche verfügbaren Behandlungs- bzw. Handlungsmöglichkeiten haben Sie konkret?

15.2. Entscheidungshilfen für die Behandlungsoptionen der Opiatabhängigkeit

1. Liegt eine psychiatrische Komorbidität vor?
3. Liegt eine (weitere) Störung durch andere psychotrope Substanzen vor (in der Substitution auch „Beikonsum“ genannt) und ist diese Störung behandlungsbedürftig, z.B. ein Benzodiazepin-Gebrauch, der bei einem abrupten Absetzen zu Krampfanfällen führen kann?
2. Ist aktuell Abstinenz möglich?
 - Wenn ja – welche Entzugsoption ist angemessen (s.3.)?
 - Wenn nein – Substitutionstherapie möglich bzw. nötig (s.5.)?
4. Möglichkeiten der Entzugsbehandlung
 - „Kalt“, d.h. ohne Unterstützung durch Opiate/Opioide; als medizinische Maßnahme begründungsbedürftig.
 - Kurzzeitentzug mit Buprenorphin (auch ambulant möglich), Dauer 5 Tage.
 - Stationäre Entzugsbehandlung mit Einsatz von Opiatrezeptoragonisten, z.B. Methadon, in absteigender Dosierung in relativ kurzer Zeit; danach wird eine Stabilisierungsphase nötig.
5. Substitutionstherapie notwendig?
 - Vorbestehende Substitution?
 - Fortführung der Substitution?

15.3. Normativer Rahmen der Opiatersatzstoffbehandlung in Deutschland: AMG, BtMG, BtMVV, Richtlinien BÄK, RMvV etc.

Die Tätigkeit als ÄrztIn erfolgt in der Bundesrepublik Deutschland

- auf dem Boden des Grundgesetzes Artikel 12
- im Rechtsrahmen der Bundesärzteordnung,
- der Approbationsordnung für Ärzte,
- der Heilberufsgesetze der Länder (NRW) und
- der Berufsordnung der Ärztekammern (Westfalen-Lippe).

Im Grundgesetz Artikel 12 wird die Ausübung eines Berufes geschützt und im gleichen Artikel auch die Möglichkeit genannt, dieses Grundrecht einzuschränken:

„Artikel 12

(1) Alle Deutschen haben das Recht, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen. Die Berufsausübung kann durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes geregelt werden.“

Die Ausübung des ärztlichen Berufes erscheint zwar stark normiert, wenn die diversen Gesetze etc. zusammengefasst werden, letztendlich jedoch existiert eine sehr weite ärztliche Therapiefreiheit – sofern eine behandlungsbedürftige Krankheit/Störung vorliegt und die angewendeten heilkundlichen Maßnahmen geeignet sind, diese Krankheit/Störung zu heilen oder, wenn keine Heilung möglich ist, diese zu lindern.

Die rechtlichen Grundlagen der Substitution

Die Substitution unterliegt demgegenüber einer sehr hohen normativen Regelungsdichte, die vom Grundgesetz Artikel 12 her legitimiert ist und sich letztendlich auf 3 Ebenen darstellen lässt:

- Die gesetzliche Ebene umfasst im Wesentlichen das ‚Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln‘ (**Be-täubungsmittelgesetz [BtMG]** vom 1. März 1994, zuletzt geändert am 11.11.2015), die ‚Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln‘ (**Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung [BtMVV]** vom 20. Januar 1998, zuletzt geändert am 11.11.2015) und das ‚Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln‘ (Arzneimittelgesetz [AMG] vom 12. Dezember 2005, zuletzt geändert am 04.04.2016) [**Hinweis: Die Gesetze sind über www.bfarm.de abrufbar.**].
- Die medizinisch-inhaltliche Ebene (sog. ärztliche Kunst) wird dargelegt in den ‚**Richtlinien der Bundesärz-tekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger**‘ vom 19.02.2010.
- Die leistungsrechtliche Ebene mit der Zulässigkeit der Durchführung der Substitution zu Lasten der GKVen wird durch die ‚Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung‘ (**Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung [RMvV]** vom 17. Januar 2006, Text gemäß des Beschlusses vom 24.02.2012) geregelt.

Die grundlegende Differenz zwischen dem „allgemeinen“ Medizinrecht und der Behandlung mit Betäubungsmitteln, also auch der Substitution, ist:

Die ärztliche Tätigkeit im Bereich der Betäubungsmittelanwendung bedarf einer Erlaubnis, ist also letztlich der Ausnahmetatbestand eines Verbotes, das im Grundgesetz Artikel 12 (1) Satz 2 begründet (s.o.) und im BtMG ausformuliert ist.

§ 3 Erlaubnis zum Verkehr mit Betäubungsmitteln

(1) Einer Erlaubnis des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte bedarf, wer

1. Betäubungsmittel anbauen, herstellen, mit ihnen Handel treiben, sie, ohne mit ihnen Handel zu treiben, einführen, ausführen, abgeben, veräußern, sonst in den Verkehr bringen, ...

will.

Die Begründung für diese Rechtskonstruktion, die im BtMG selber steht, ist, dass

„die Sicherheit und die Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs gewährleistet bleiben.“ (BtMG §1 (2))

Die ärztliche Tätigkeit im Bereich der Betäubungsmittelanwendung bedarf einer Erlaubnis:

„§ 3 Erlaubnis zum Verkehr mit Betäubungsmitteln

(1) Einer Erlaubnis des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte bedarf, wer

1. Betäubungsmittel anbauen, herstellen, mit ihnen Handel treiben, sie, ohne mit ihnen Handel zu treiben, einführen, ausführen, abgeben, veräußern, sonst in den Verkehr bringen, ...

will.“

Diese Möglichkeit zur Anwendung von Betäubungsmitteln wird weiter eingeschränkt und die Ausführungsbestimmungen für dieses Gesetz an nachgeordnete Stellen/Vorschriften übertragen:

§ 13 Verschreibung und Abgabe auf Verschreibung

(1) Die in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel dürfen nur von Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten und nur dann verschrieben oder im Rahmen einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Behandlung einschließlich der ärztlichen Behandlung einer Betäubungsmittelabhängigkeit verabreicht oder einem anderen zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden, wenn ihre Anwendung am oder im menschlichen oder tierischen Körper begründet ist. Die Anwendung ist insbesondere dann nicht begründet, wenn der beabsichtigte Zweck auf andere Weise erreicht werden kann. Die in Anlagen I und II bezeichneten Betäubungsmittel dürfen nicht verschrieben, verabreicht oder einem anderen zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden.

...

(3) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Verschreiben von den in Anlage III bezeichneten Betäubungsmitteln, ihre Abgabe auf Grund einer Verschreibung und das Aufzeichnen ihres Verbleibs und des Bestandes bei Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, in Apotheken, tierärztlichen Hausapotheken, Krankenhäusern und Tierkliniken zu regeln, soweit es zur Sicherheit oder Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs erforderlich ist. ...

Die Ausführungsbestimmung für dieses Bundesgesetz ist die BtMVV. In ihr werden im §5 die Substitution sowie im §5a die Führung eines Substitutionsregisters geregelt.

Die sog. ärztliche Kunst wird durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen des BtMG und der BtMVV eingefordert:

§ 5 (8) „... Für die Bewertung des Verlaufes der Behandlung durch den substituierenden Arzt ist im Übrigen der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Wissenschaft maßgebend. ...“

und

§ 5 (11) „Die Bundesärztekammer kann in Richtlinien den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft für

1. die Erfüllung der Zulässigkeitsvoraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1, 2 und 4 Buchstabe c,
2. die Auswahl des Substitutionsmittels nach Absatz 4 Satz 4 und
3. die Bewertung des bisherigen Erfolges der Behandlung nach Absatz 8 Satz 1

feststellen sowie Richtlinien zur Dokumentation nach Absatz 10 erlassen. Die Einhaltung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Wissenschaft wird vermutet, wenn und soweit die Richtlinien der Bundesärztekammer nach den Nummern 1 bis 3 beachtet worden sind.“

Durch diese Bestimmung der BtMVV erhalten die Richtlinien der BÄK den Status von Ausführungsbestimmungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Die **BtMVV** als Ausführungsbestimmung des BtMG nennt kein übergeordnetes Ziel der Substitution; Einzel-Ziele werden bei den zugelassenen Indikationen („Anwendung eines ärztlich verschriebenen Betäubungsmittels bei einem opiatabhängigen Patienten“) in § 5 (1) der BtMVV genannt:

1. Behandlung der Opiatabhängigkeit mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes,
2. Unterstützung der Behandlung einer neben der Opiatabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung oder
3. Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während einer Schwangerschaft und nach der Geburt.

Diese Aufzählung ist in rechtlicher Hinsicht abschließend, d.h., andere Indikationen sind nicht zugelassen. Bemerkenswert ist, dass das Ziel der „Betäubungsmittelabstinenz“ nur 1 von 3 möglichen und ggf. konkurrierenden Behandlungszielen für die Substitution ist. Im Gegenzug muss vermutet werden, dass das Ziel der Abstinenz bei den Indikationen 2 und 3 zurücktritt, also die „Betäubungsmittelabstinenz“ z.B. kein (aktuell) notwendiges Ziel bei Vorliegen „einer neben der Opiatabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung“ darstellt. Insofern kann zusammenfassend formuliert werden, dass die BtMVV nicht zwingend die „Betäubungsmittelabstinenz“ als aktuelles Ziel der Substitution intendiert.

15.4. Zahlen zur Opiatersatzstoffbehandlung in Deutschland

PatientInnen in der Opiatersatzstoffbehandlung (jeweils Stichtag 01. Juli)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Anzahl gemeldeter Substitutionspatienten in Deutschland (2)	46000	52700	57700	61000	64500	68800	72200	74600	77400	76200	75400	77300	77500	77200
Substituierende ÄrztInnen (2)		2607	2616	2664	2706	2786	2673	2700	2710	2703	2731	2691	2650	2613
PatientInnen pro ÄrztIn (Bundesdurchschnitt) (3)		20,21	22,06	22,90	23,84	24,69	27,01	27,63	28,6 ³	28,19	27,61	28,73	29,24	29,55
Behandlungszeit pro ÄrztIn in min (lt. EBM pro Patient pro Tag: 4 min) (3)		81	88	92	95	99	108	111	114	113	110	115	117	118
ÄrztInnen mit suchttherap. Qualifikation (1)		5146	5516	5984	6329	6626	6919		7805					

Belege: (1) aus: BfArM, Bericht zum Substitutionsregister Januar 2011, S.2, www.bfarm.de/SharedDocs/DE/Bundesopiumstelle/BtM/substit-reg/Subst_Bericht_2010.pdf?__blob=publicationFile ; (2) aus: Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2016, s.: www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/Substit-Reg/Subst_Bericht.pdf?__blob=publicationFile&v=12 (3) Berechnungen H.Elsner

Stichtag 01.07.2008¹ versus 01.07.2010² versus 2015³

Anzahl gemeldeter SubstitutionspatientInnen pro ÄrztIn	Anteil der meldenden substituierenden ÄrztInnen	Anzahl ÄrztInnen N = 2673 N = 2710 N = 2613	Anzahl PatientInnen N = 72200 N = 77400 N = 77200	Behandlungszeit Vorgabe EBM: pro PatientIn pro Tag 4 min
bis zu 3 PatientInnen	25,2 % 27,2% 29% (gerundet ?)	673,6 737,1	bis zu 2'020,8 bis zu 2'211,3	bis zu 12 min / Tag
4 – 50 PatientInnen	56,5 % 52,5% 50%	1'510,25 1'422,8	6'041,0 – 75'512,5 5'691,2 – 71'140,0	16 – 200 min / Tag
51 – 150 PatientInnen	16,6 % 18,2% 15%	443,7 493,2	22'629,7 - 66'558,0 25'153,2 – 73980,0	204 – 600 min / Tag = bis zu 10 Stunden
über 150 PatientInnen	1,7 % 2,1% 6%	45,4 56,9	über 66'558,0 über 73'980,0	über 10 Stunden pro Tag

Aus: (1) Drogen- und Suchtbericht, Mai 2009, S.77, Abbildung 18, Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, (2) Bericht zum Substitutionsregister Januar 2011, S.3, www.bfarm.de/SharedDocs/DE/Bundesopiumstelle/BtM/substit-reg/Subst_Bericht_2010.pdf?__blob=publicationFile; modifiziert und ergänzt durch H.Elsner. (3) Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2015, Lit. s.o.

„Rund 15% der substituierenden Ärzte haben am Stichtag 1. Juli 2015 die Hälfte aller Substitutionspatienten gemeldet.“³

Fehlende Informationen z.B. Geschlechterverteilung, Anzahl Todesfälle, Angaben zum outcome.

15.5. Die Bandbreite der Anwendungsmöglichkeiten der Opiatersatzstoff-Behandlung erfordert ein Stufenmodell der Behandlung

„Die Opiat-User stellen keine einheitliche Gruppe von Betroffenen dar, ebenso wenig gibt es die homogene Gruppe von Substituierten. Auf die vorhandenen Unterschiede muss eine Substitutionstherapie eingehen und ein Betroffenen-zentriertes Setting anbieten, sofern sie mehr sein will als eine „nur-Medikamentenvergabe“.

In phänomenologischer Hinsicht können 3 Gruppen von Substituierten unterschieden werden:

- Die erste Gruppe umfasst die „unkomplizierten und Behandlungswilligen“ Betroffenen. Diese weisen keinen bzw. keinen regelmäßigen Beigebrauch auf bzw. keinen Beigebrauch mit Intoxikationsexzessen. Sie befinden sich größtenteils in stabilen sozialen Bezügen.
- Die zweite Gruppe schließt die „schwierigen und Behandlungswilligen“ Betroffenen ein und ist gekennzeichnet von einem intensiveren Beigebrauch, der jedoch thematisiert werden kann und (zumindest vorübergehend) durch eine Beigebrauchsentzugsbehandlung gemindert bzw. beendet wird. Oftmals ist der soziale Rahmen instabil.
- Die dritte Gruppe bilden die Betroffenen, die – auf den ersten Blick – nicht auf die Behandlung „ansprechen“. D.h., sie betreiben weiterhin einen exzessiven Beikonsum und „verweigern“ die Teilnahme an den therapeutischen Angeboten – bis auf das Einnehmen des Substitutionsmedikamentes. Fast regelhaft liegen desolate soziale Rahmenbedingungen vor.

Ein Betroffenen-zentriertes Setting wäre:

- Die „unkomplizierten und Behandlungswilligen“ Betroffenen werden wahrscheinlich erfolgreich behandelt werden können durch ihre Hausärzte.
- Die Gruppe der „schwierigen und Behandlungswilligen“ Betroffenen erfordert ein integriertes Setting in Schwerpunktpraxen von „FachärztInnen für Drogen- und Suchtmedizin“ bzw. FachärztInnen mit dem (Zusatz-)Schwerpunkt „Drogen- und Suchtmedizin“ – nur leider gibt es diese Fachausbildung noch nicht. Zumindest ist zur Behandlung dieser Gruppe von Betroffenen eine suchtherapeutische Zusatzausbildung unumgänglich. Idealtypischerweise sollte hier ein/e PsychiaterIn mit Erfahrung in der Behandlung Süchtiger die Substitution

durchführen. Dabei muss sich auch der PsychiaterInnen-PatientInnen-Schlüssel in einem therapeutisch adäquaten Rahmen bewegen.

Das integrierte Setting meint aber auch, dass die psB-Kräfte in ausreichender Zahl zu ausreichenden Zeiten in der Schwerpunktpraxis mitarbeiten.

- Die dritte Gruppe wird wahrscheinlich nur in integrierten Substitutions-Ambulanzen behandelbar sein. Die „Verweigerung“ der therapeutischen Angebote ist in der Regel ein Widerstandsphänomen, das aus der Psychotherapie allgemein bekannt ist und einen Ansatzpunkt zur Therapie bildet. Das Setting muss daher in einem Behandlungsteam sowohl suchttherapeutisch ausgebildete SozialarbeiterInnen der regionalen Drogenberatungsstellen als auch PsychiaterInnen mit Sucht- und Akut-Psychiatrie-Erfahrung umfassen.

Hier kann auf die Arbeit der Methadonambulanz Bochum zurückgegriffen werden, die mit einem PsychiaterInnen-PatientInnen-Schlüssel von 1:50 und einem SozialarbeiterInnen-KlientInnen-Schlüssel von 1:25 (bisher) erfolgreich behandeln konnte.

Die Betroffenen in dieser Gruppe erfüllen fast immer die Charakteristika der chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken (CMA).

In Zukunft wird eine effiziente Substitutionstherapie unter begrenzten finanziellen Ressourcen die Binnendifferenzierung des sehr inhomogenen Betroffenen-Kollektivs berücksichtigen müssen.“

Elsner H (2005): Überregionale Aspekte der Funktion von Substitutionsambulanzen, in: Gerlach R, Stöver H (hg): Vom Tabu zur Normalität – 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft, Lambertus, Frankfurt, 109-117, 113f.

15.6. DSM-5

DSM-5:

Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen

(und abhängigen Verhaltensweisen)

Substanzklassen:

1. Alkohol
2. Koffein
3. Cannabis
4. Halluzinogene:
 - 4.1. Phencyclidin (oder ähnliche Arylcyclohexylamine)
 - 4.2. andere
5. Inhalanzien
6. Opioide
7. Sedativa, Hypnotika und Anxiolytika
8. Stimulanzen: Amphetamine, Kokain und andere
9. Tabak
10. andere oder unbekannte Substanzen

ICD-10:

F 1 psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

- F 10. Störungen durch Alkohol
- F 11. Störungen durch Opioide
- F 12. Störungen durch Cannabinoide
- F 13. Störungen durch Sedativa oder Hypnotika
- F 14. Störungen durch Kokain
- F 15. Störungen durch andere Stimulantien einschl. Koffein
- F 16. Störungen durch Halluzinogene
- F 17. Störungen durch Tabak
- F 18. Störungen durch flüchtige Lösungsmittel
- F 19. Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen, nicht Opioid-spezifisch (DSM-5):

- Störungen durch den Substanzkonsum/Substanzkonsumstörungen
- Substanzinduzierte Störungen:
 - ✓ Substanzintoxikation
 - ✓ Substanzentzug
 - ✓ Substanz-induzierte psychische Störungen, Merkmale:
 - A. Die Störung zeigt ein klinisch bedeutsames Symptomenbild einer entsprechenden psychischen Störung
 - B. Es gibt Hinweise (Vorgeschichte, klinische Untersuchung, Laboruntersuchung) auf beide Kriterien:
 - 1. Die Störung entwickelt sich während bzw. innerhalb eines Monats nach einem Konsum bzw. einer Intoxikation bzw. einem Entzug.
 - 2. Die konsumierte Substanz ist in der Lage, das Symptomenbild bzw. die psychische Störung hervorzurufen.
 - C. Die vorliegende Störung ist nicht besser zu erklären durch eine eigene, Substanz-unabhängige psychische Störung; Evidenzmerkmale für eine eigenständige psychische Störung können sein:
 - 1. Die Störung lag bereits vor dem Konsum bzw. der Intoxikation bzw. dem Entzug vor.
 - 2. Das Vollbild der psychischen Störung hält eine deutliche Zeitspanne nach dem Konsum bzw. der Intoxikation bzw. dem Entzug an, z.B. mindestens 1 Monat.
(Ausnahmen: Substanz-induzierte neurokognitive Störungen und Halluzinogen-induzierte persistierende Wahrnehmungsstörung)
 - D. Die Störung tritt nicht nur im Verlauf eines Delirs auf.
 - E. Die Störung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden bzw. Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
 - ✓ Funktionelle Folgen Substanz-/Medikamenten-induzierter psychischer Störungen (z.B. Missstimmung, Veränderung der Vitalfunktionen, Suizidversuch), die voraussichtlich innerhalb eines Monats nach Abstinenz abklingen.

Lit.: vergl. DSM-5, hg.: P.Falkai et al., Göttingen 2015, 662-674

Opioidintoxikation, „diagnostische Kriterien

- A. kurz zurückliegender Opioidkonsum
- B. Klinisch bedeutsame verhaltensbezogene oder psychische Veränderungen (z.B. anfängliche Euphorie gefolgt von Apathie, dysphorische Verstimmung, psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung, beeinträchtigt Urteilsvermögen), und die sich während oder kurz nach dem Opioidkonsum entwickelt haben.
- C. Pupillenverengung (oder Pupillenerweiterung infolge Sauerstoffmangel bei schwerer Überdosierung) und mindestens eines der folgenden Anzeichen oder Symptome:
 - 1. Benommenheit oder Koma
 - 2. Verwaschene Sprache
 - 3. Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörung
- D. Die Anzeichen oder Symptome gehen nicht auf einen anderen medizinischen Krankheitsfaktor zurück und können nicht besser durch eine andere psychische Störung einschließlich einer Intoxikation durch eine andere Substanz erklärt werden.

Bestimme, ob:

Mit Wahrnehmungsstörungen ...“

Opioidentzug, „diagnostische Kriterien:

- A. Eines der folgenden Kriterien trifft zu:
 - 1. Beendigung (oder Reduktion) von schwerem oder langandauerndem Opioidkonsum (d.h. einige Wochen oder länger).
 - 2. Vergabe eines Opioidantagonisten nach einiger Zeit des Opioidkonsums.

- B. Mindestens drei der folgenden Symptome, die sich innerhalb von Minuten bis einigen Tagen nach Zutreffen von Kriterium A entwickeln:
1. Dysphorische Stimmung
 2. Übelkeit und Erbrechen
 3. Muskelschmerzen
 4. Tränenbildung oder Nasenfluss
 5. Pupillenerweiterung, Gänsehaut oder Schwitzen
 6. Durchfall
 7. Gähnen
 8. Fieber
 9. Insomnie
- C. Die Anzeichen oder Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Beeinträchtigungen oder Leiden in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D. Die Symptome gehen nicht auf einen anderen medizinischen Krankheitsfaktor zurück und können nicht besser durch eine andere psychische Störung einschließlich Intoxikation oder Entzug im Zusammenhang mit anderen Substanz erklärt werden.

Lit.: DSM-5, hg.: P.Falkai et al., Göttingen 2015, 751 und 752f

[Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5 / Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association]

Das (veraltete) DSM IV enthielt z.T. detaillierte Informationen als das aktuelle DSM-5:

Durch den Opiat-Konsum induzierte Störungen (DSM IV):

- *Intoxikation (Rausch), ggf. mit Wahrnehmungsstörung*
- *Entzug*
- *Intoxikationsdelir*
- *Induzierte psychotische Störung, mit Wahn*
- *Induzierte psychotische Störung, mit Halluzinationen*
- *Induzierte affektive Störung*
- *Induzierte Schlafstörung*
- *Induzierte sexuelle Funktionsstörung*
- *Weitere, nicht näher bezeichnete Störungen*

DSM IV / Diagnostische Kriterien für eine Opiatintoxikation:

- Kurz zurückliegender Opiatkonsum*
- Klinisch bedeutsame unangepasste Verhaltensänderung und/oder psychische Veränderung, die sich während oder kurz nach dem Konsum entwickelt.*
- Pupillenverengung („Steckies“) oder Pupillenerweiterung bei schwerem Sauerstoffmangel infolge Überdosierung, die sich während oder kurz nach dem Konsum entwickelt, mit*
 - Bewusstseinsstörung / Benommenheit, evt. bis Koma*
 - verwaschene Sprache*
 - Aufmerksamkeits- und/oder Gedächtnisstörungen*
- Die Symptome werden nicht durch eine somatische Erkrankung oder eine (andere) psychische Störung hervorgerufen.*

Bestimme, ob mit Wahrnehmungsstörungen (Halluzinationen).

DSM IV / Diagnostische Kriterien für einen Opiatentzug:

- A. *Eines der folgenden Kriterien liegt vor:*
- (1) *Beendigung oder Reduktion eines schweren und andauernden Opiatkonsums*
 - (2) *Gabe eines Opiatantagonisten nach einem schweren und andauernden Opiatkonsum*
- B. *Mindestens 3 Kriterien treten innerhalb von Minuten bis Tagen nach einem Kriterium A auf:*
- (1) *Dysphorie*
 - (2) *Übelkeit und Erbrechen*
 - (3) *Muskelschmerzen*
 - (4) *Tränenfluss oder Rhinorrhoe („Rotznase“)*
 - (5) *Pupillenerweiterung, Gänsehaut oder Schwitzen*
 - (6) *Diarrhoe (Durchfall)*
 - (7) *(unbezwingbares) Gähnen*
 - (8) *Fieber*
 - (9) *Schlaflosigkeit.*
- C. *Die in B genannten Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.*
- D. *Die Symptome werden nicht durch eine somatische Erkrankung oder eine (andere) psychische Störung hervorgerufen.*

Vergl.: American Psychiatric Association, Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV, Deutsche Bearbeitung und Einführung H.Saß, H.-U.Wittchen und M.Zaudig, Hogrefe, Göttingen, 303

Intoxikationsdelir

Diese Störung ist eine Sonderform der Intoxikation, wobei zusätzlich die allgemeinen Kennzeichen des Delirs wie

- *Unruhe,*
- *Desorientiertheit und*
- *kognitiv-mnestische Einschränkungen*

auftreten. Der Beginn ist meist akut, im Tagesverlauf kann die Symptomatik schwanken.

Induzierte psychotische Störung, mit Wahn

In dieser diagnostischen Zuordnung wird ein psychotischer Zustand mit dem primären Bild des Wahnes (inhaltliche Denkstörung) eingeordnet, sofern er nicht Ausdruck eines Delirs ist. Der Wahn beruht auf realen Wahrnehmungen, misst diesen aber eine nicht nachvollziehbare Bedeutung zu, z.B. ein Beziehungswahn.

Induzierte psychotische Störung, mit Halluzinationen

Hier wird ein psychotischer Zustand mit dem primären Bild der Halluzination (Wahrnehmungsstörung: optisch, akustisch, taktil) eingeordnet, sofern er nicht Ausdruck eines Delirs ist.

Induzierte affektive Störung

Die affektiven Störungen umfassen einerseits die manische und andererseits die depressive Symptomatik.

Induzierte Schlafstörung

Leitsymptom dieser Störung ist die Schlafstörung, die im Zusammenhang mit einem Opiatkonsum auftritt.

Induzierte sexuelle Funktionsstörung

Die sexuelle Funktionsstörung ist geschlechtsspezifisch und kann unterschiedliche Symptomatiken ausprägen.

Weitere, nicht näher bezeichnete Störungen

Hier kann jede klinische Symptomatik eingeordnet werden, die zwar durch Opiat hervorgerufen worden ist, jedoch nicht einem der vorher beschriebenen Bilder zugeordnet werden kann.

15.7. Opiatersatzstoffbehandlung konkret (1):

Der Behandlungsalltag bestimmt das Behandlungsergebnis

1.) Als Ziel der Opiatersatzstoffbehandlung wird in dem BtMG und der BtMVV, den ‚Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger‘ vom 22.03.2002 und der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung {RMVV} vom 17. Januar 2006, zuletzt geändert am 16. Juli 2009 die Betäubungsmittelabstinenz gefordert – wobei die Richtlinie der BÄK explizit darauf hinweist, dass das Erreichen dieses Zieles ein Prozess im Rahmen eines Therapiekonzeptes ist.

„Die möglichen Stufen eines Therapiekonzeptes sind:

- Sicherung des Überlebens
- gesundheitliche und soziale Stabilisierung
- berufliche Rehabilitation und soziale Reintegration
- Opiatfreiheit.“

Jedoch kann auch ohne Abstinenzziel eine legale Opiatersatzstoffbehandlung erfolgen (s.BtMVV).

2.) Zur Beurteilung eines Erfolgs der Opiatersatzstoffbehandlung werden als Kriterien diskutiert – bzw. wären diskussionswürdig:

- die sog. Haltekraft, also das Verbleiben der Substituierten in der Behandlung,
- die (unterschiedliche) Mortalitätsrate (der unterschiedlichen Behandlungsmodalitäten)
- die partielle Abstinenz, also die Medikation mit einem Opiatersatzstoff bei Abstinenz von anderen Rauschmitteln

- die Abstinenz einschl.Opiatersatzstoff-Freiheit.

3.) Alle Kriterien sind zu hinterfragen, z.B.:

- Kann die Opiatfreiheit von psychisch Kranken gefordert werden, die ihre Erkrankung mit Opiaten selbst therapieren?
- Wer wird eine höhere Haltequote haben: Eine Substitutionseinrichtung, die den Zusatzkonsum zum Substitutionsmittel (sog. Beikonsum bzw. Beigebrauch) grundsätzlich toleriert – oder eine Einrichtung, die einen fortgesetzten Beikonsum sanktioniert?

4.) Innerhalb der tatsächlich existierenden Opiatersatzstoffbehandlung gibt es erhebliche Variationsmöglichkeiten:

Es kann die tägliche Abgabe des Substitutionsmittels zum unmittelbaren Gebrauch in der Praxis/Ambulanz erfolgen, oder

das Substitutionsmedikament wird täglich in einer zugelassenen Einrichtung eingenommen werden, meist in einer Apotheke,

oder

die Substituierten bekommen auf Rezept das Substitutionsmedikament zur eigenverantwortlichen Einnahme ausgehändigt.

DROGEN**Methadonhandel finanziert Heroinsucht**

Opioide wie Methadon oder Subutex, eigentlich gedacht als Hilfe für Heroinsüchtige, werden immer häufiger auf dem Schwarzmarkt gehandelt und befördern so indirekt die Abhängigkeit von harten Rauschgiften. Mehr als zwei Drittel der Junkies haben solche Substitutionsmittel bereits illegal erworben; dies ergab eine Untersuchung des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg. Bei einer Befragung von 806 Süchtigen in 13 Städten stellte sich heraus, dass der Handel mit den Ersatzstoffen "gängige Praxis" in der Szene sei, weil diese besonders leicht zu beschaffen seien. Verkäufer sind demnach vor allem Süchtige, die die Stoffe verschrieben bekommen, diese aber nicht einnehmen. Rezeptfälschungen oder Einbrüche in Apotheken seien hingegen selten. Mit dem Handel finanzieren viele Süchtige offenbar ihren illegalen Heroinkonsum. Jedenfalls gaben fast 46 Prozent der Substituierenden an, innerhalb der vergangenen 24 Stunden Heroin genommen zu haben, obwohl sie in regulärer Behandlung sind.

DER SPIEGEL 29.06.2009

„Drogenapplikationsform bei ambulant behandelten Klienten 2004-2007

Substanz	Applikationsform					Gesamt
	Injektion	Rauchen	Oral	Schnupfen	Andere	
Heroin	64,7%	25,8%	1,6%	7,5%	0,4%	11.615
Methadon	2,8%	1,1%	95,1%	0,3%	0,7%	5.800
Buprenorphin	3,3%	1,2%	87,4%	5,8%	2,4%	1.042
Andere Opiate	4,0%	3,8%	85,8%	3,9%	2,6%	1.952

...

Mehrfachnennungen möglich. (Sonntag et al. 2008.)“

Pfeiffer-Gerschel T, Kipke I, Lang P, Spahlinger P, Bartsch G (2008), Bericht 2008 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland, Tabelle 4.3 S.71, via Internet: [www.dbdd.de/Download/dbdd/REITOX_Germany_2008\(ger\).pdf](http://www.dbdd.de/Download/dbdd/REITOX_Germany_2008(ger).pdf) am 01.04.09, Tabelle 4.3, 71.

„Mortalität bei ambulant betreuten Opiatklienten - Trend

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Anteil von Todesfällen bei den Beendern	1,1%	1,1%	1,2%	1,2%	1,2%	1,4%	1,3%	1,4%
Betreuungsdauer(Tage)	244,3	263,2	280,7	282,1	297,5	305,2	301,7	314,3
Mortalität p.a.	1,6%	1,5%	1,6%	1,5%	1,5%	1,7%	1,6%	1,6%

(Sonntag et al.2008.) und eigene Berechnungen.“

Pfeiffer-Gerschel T, Kipke I, Lang P, Spahlinger P, Bartsch G (2008), Bericht 2008 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland, Tabelle 4.3 S.71, via Internet: [www.dbdd.de/Download/dbdd/REITOX_Germany_2008\(ger\).pdf](http://www.dbdd.de/Download/dbdd/REITOX_Germany_2008(ger).pdf) am 01.04.09, Tabelle 6.2, 108.

Opiatersatzstoffbehandlung konkret (2):

Bonn – mehr als 300 PatientInnen werden durch einen Arzt substituiert



<http://www.ksta.de/html/artikel/1233584039275.shtml>

METHADONABGABE

Polizei durchsucht Arztpraxis

Von Frank Vallender, 11.02.09, 11:06h

Mehr als 300 Substitutionspatienten müssen jetzt anderweitig versorgt werden: Ein Mediziner aus der größten Substitutionspraxis in Bonn steht im Verdacht, unerlaubt Betäubungsmittel an Süchtige abgegeben zu haben.

Bonn Man habe es hier mit einem echten medizinischen Versorgungsproblem zu tun, stellte am Dienstagmittag Professor Markus Banger, Suchtexperte an den Rheinischen Kliniken, die „Krisensituation“ dar: In den Kliniken am Kaiser-Karl-Ring werden zurzeit jeden Tag provisorisch bis zu 200 Patienten mit Methadon behandelt, weil sie seit Samstag nicht mehr in der größten Substitutionspraxis in Bonn versorgt werden. Bis zum Wochenende sei die Notversorgung der Patienten erst einmal sichergestellt, so Banger.

Die Polizei hatte die Substitutionspraxis durchsucht, weil der Arzt verdächtigt wird, unerlaubt Betäubungsmittel - vor allem Methadon - an selbstzahlende Patienten abgegeben zu haben. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) hat dem praktischen Arzt bis auf Weiteres untersagt, Patienten mit Opiatersatzstoffen zu versorgen. Dessen Rechtsanwältin Sigried Aretz sagte gestern, ihr Mandant sehe sich zu Unrecht beschuldigt. Man wolle nun versuchen die Vorwürfe zu entkräften.

Versorgung sicherstellen

Derweil versuchen die Kliniken zusammen mit den Wohlfahrtsverbänden von Caritas und Diakonie, die in der Heerstraße mit den Rheinischen Kliniken selbst eine Substitutionspraxis führen, und dem Verein für Gefährdetenhilfe die Versorgung der Patienten sicherzustellen. Man versuche, so schnell wie möglich die Patienten weiterzuleiten, unter anderem an die Ambulanzen von Caritas / Diakonie und des VFG - nicht nur, um die medizinische, sondern auch die psychosoziale Betreuung zu gewährleisten.

Die Fachleute gehen davon aus, dass man auf Dauer bis zu 100 Bonner Patienten in Bonn versorgen kann, ohne sie vom Methadon abdosieren zu müssen. Auch für rund 40 Substituierte aus dem rechtsrheinischen Rhein-Sieg-Kreis sieht der Leiter der Diakonie-Drogenhilfe, Christoph Wolf, gute Unterbringungsmöglichkeiten bei fünf Hausärzten und der Diakonie-eigenen psychosozialen Betreuung. Geklärt wird zurzeit, wo rund 30 Patienten aus Köln und zirka 15 aus dem Rhein-Erft-Kreis weiter behandelt werden können.

Rückfallgefahr

Völlig unklar ist die Situation für die restlichen geschätzten 200 oder mehr Patienten, die bislang noch nicht in den Kliniken aufgetaucht sind. Sollten die Patienten nicht schnell in anderen Methadon-Programmen unterkommen, besteht den Fachleuten zufolge die Gefahr, dass die Heroinabhängigen wieder rückfällig werden.

Das größte Problem stellen die Patienten dar, die bislang Selbstzahler waren, das heißt die von ihrem Arzt nicht auf Rezept behandelt wurden. „Die KV sieht sich für diese Patienten bislang nicht verantwortlich“, sagte Achim Schaefer, Leiter der Suchthilfe von Caritas und Diakonie. Um diese Patienten sorgt sich auch Bernhard von Grünberg, sozialpolitischer Sprecher der Bonner SPD-Fraktion: „Zu hoffen ist, dass mit den Ärzten und sozialen Einrichtungen ein Weg gefunden wird, wie diese Patienten tatsächlich Hilfe erhalten können, ohne dass es zu solchen Zuzahlungen kommt.“

<http://www.ksta.de/jks/artikel.jsp?id=1233584039275>

Copyright 2009 Kölner Stadt-Anzeiger. Alle Rechte vorbehalten.

Hintergrundinfos über den 2.Deutschen Suchtkongress in Köln:

Am Samstag den 07.02.2009 stellte die Praxis – unangekündigt und unmittelbar - ihre Substitutionsbehandlung ein.

Betroffen waren ca.440 PatientInnen, nach Erkenntnissen der Polizei betrug die Selbstzahlerquote ca. 77% (d.h. ca. 340 PatientInnen) - obwohl fast alle ALG 2 bzw. Leistungen im Rahmen der Grundsicherung bekamen und krankenversichert waren.

Nach Erkenntnissen der Polizei wird für eine Selbstzahler-Substitution zwischen 100,- und 200,- € verlangt – zusätzlich zum Substitutionsmedikament; d.h., die Praxis nahm monatlich 34000,- bis 68000,- € von den Selbstzahlern ein. Hinzu kamen Einnahmen aus der Verschreibung von Benzodiazepinen, die z.T gegen Bargeld abgegeben wurden – dies betraf ca. 20% der PatientInnen.

In der spontan eingerichteten Auffang-Substitution durch die RLK Bonn erschienen in der Folgezeit (bis zu 9 Tage) 280 PatientInnen (ca. 21% Frauen). Von diesen 280 PatientInnen

- hatten 187 PatientInnen (ca.70%) für mehrere Tage (meist 1 Wo.) *take-home*,
- gaben 80 PatientInnen an, an einer Hep.C erkrankt zu sein,
- hatten mindesten 78 PatientInnen (ca.30%) eine erkennbare schwere psychische Störung bzw. somatische Erkrankung.

Zu den „fehlenden“ ca. 160 PatientInnen sind keine Angaben erhältlich bzgl. ihrer weiteren Opiatersatzstoff-Behandlung.

Opiatersatzstoffbehandlung konkret (3): Das „Privat-Zahler-Problem

Stellungnahme der Konferenz der QS Vorsitzenden Substitution

Hamburg 1.10.2010

Die Vorsitzenden der QS Kommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland haben sich auf ihrer Konferenz am 1.10.2010 Hamburg mit den Problemen durch die private Substitution in der Qualitätssicherung Opiatabhängiger beschäftigt.

Sie stellen hiermit fest, dass sie oft mit groben Missständen bei der Substitution Opiatabhängiger außerhalb des GKV –Bereiches konfrontiert sind, auf die sie keinen Einfluss nehmen können. Dabei treffen sie oft auf Kollegen, die entweder zusätzlich zu der Substitution im Rahmen der GKV privat substituieren oder sogar ihre Zulassung zur Substitution in der GKV zurückgeben, um dann (wie sie glauben) nicht an die gesetzlichen Rahmenbedingungen gebunden zu sein. Die gegenüber den Patienten angeführten Gründe sind dabei keine freien Plätze, was aber dann nicht zur Beantragung einer höheren Platzzahl für Substitution führt. Außerdem belastet die private Substitution fast immer finanzschwache Patienten, die für die anfallenden Kosten an Behandlung und Substitut weiter kriminell bleiben oder sich prostituieren müssen. Und dies, obwohl die Patienten oft gesetzlich krankenversichert sind oder Anspruch auf einen Versichererstatus hätten. Weiter unterbleibt dadurch oft auch die notwendige Behandlung von Begleitkrankheiten, die meistdringend erforderlich ist.

Die Größenordnung für die private Substitution liegt bei 10-30 % der Substituierten.

In der Regel ist es auch diese Art von Substitution, die auffällig wird und die schlechte Berichte in der Presse erzeugt. Auf diese Art wird nicht nur die Substitution in der Öffentlichkeit in ein schlechtes Licht gestellt, sondern auch potentielle Kollegen abgeschreckt selbst zu substituieren.

Die Konferenz der Vorsitzenden der Qualitätssicherungskommissionen Substitution fordert daher die Ärztekammern auf, der ihnen in den Richtlinien der Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung (BtmVV) auferlegte Aufgabe zur Einrichtung von Qualitätssicherungs- und Beratungskommissionen nach zu kommen.

Damit sollen Maßnahmen zur Qualitätssicherung im privaten Sektor sowie für sonstige Träger (Rentenversicherung, staatliche Heilfürsorge oder ähnliches) außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs eingeführt werden. Nur durch die Etablierung von Qualitätssicherungs- und Beratungsmaßnahmen für alle Substitutionen kann eine gleiche und qualitativ gute Behandlung erreicht sowie die Rechtssicherheit in der Behandlung Opiatabhängiger auf breiter Ebene hergestellt werden. Dabei ist eine Abstimmung der Vorgehensweise zwischen den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen erforderlich. Die Kassenärztlichen Vereinigungen überprüfen die Substitutionen der gesetzlich versicherten Patienten, die Ärztekammern alle anderen Bereiche: die ambulant privaten Substitutionen, die Substitutionen in den Krankenhäusern, die Substitutionen in den Haftanstalten und die Substitutionen von Patienten aller anderen Träger der Heilfürsorge.

15.8. Das Boro-Schema

„Es ist unkompliziert und leuchtet sogar mir ein. Ich habe hierfür schamlos einige Versatzstücke aus den offiziellen Suchtkatalogen geklaut, aber dennoch handelt es sich nicht um „alten Wein in neuen Schläuchen“ (Regieanweisung: Joviales Lachen), denn ich habe a) meine eigenen Feldstudien aus Entgiftung, Therapie und Selbsthilfe eingebracht, und b) gehe ich wesentlich kulanter mit dem Begriff „Abhängigkeit“ um. Kulanter im Sinne des Körpers. Also rigider im Sinne des Schluckspechts. Außerdem habe ich ein nagelneues Kriterium erfunden, von dem ich hoffe, daß es als „das Kalender-Kriterium“ Eingang in die offizielle Trinkerfachliteratur findet...

1. Die **Hobby-Trinker**. Trinken risikoarme Mengen in risikoarmen Abständen. Machen sich so gut wie nie Gedanken über Alkohol. Trinken ist die Ausnahme („Zur Feier des Tages“). Abstinenz hingegen ist so normal, daß der Hobby-Trinker nicht auf die Idee käme, seine alkoholfreien Zeiten im Kalender zu markieren.
2. Die **Amateure**. Stehen bereits in einem gewissen Trink-Training, trinken also regelmäßig und/oder bereits mehr als nur zur Feier des Tages. Abstinenz ist möglich, wird jedoch als Einschränkung/Diät/Zwangspause wahrgenommen. Der Kauf eines Trink-Kalenders würde sich bereits amortisieren, da regelmäßige Trink-Einträge vorhanden. Körperliche oder seelische Trinkschäden halten sich in Grenzen und werden in Eigenregie auskuriert.
3. **Profis**. Haben kaum noch oder nur unter Kraftaufwand Entscheidungsgewalt über Trinkmenge und/oder Trinkzeiten. Profis sind körperlich chronifiziert; der Körper hat Alkohol als dazugehörigen Bestandteil in seine Abläufe integriert. Das heißt: Die einen müssen ihren Spiegel halten, weil sie sonst in den Entzug rauschen. Bei den anderen schaltet der Körper auf Sauf-Automatik, sobald Alkohol zugeführt wird. Die Beziehung Körper-Seele-Alkohol führt ein Eigenleben bzw. ein unabhängiges Abhängigkeitsleben. Der Kalender platz vor Markierungen aus allen Nähten. Alkoholfreie Zeiten sind zäh erkämpfte Zeiten. Viele Profis können durchaus im Alltag „Normalität“ vorgaukeln. Sie versuchen, ihr „öffentliches“ Leben heimlich um ihren Dauerdurst herum zu drapieren. Wenn nötig mit der Brechstange. Schutz durch Co-Abhängige und Schauspielerei nonstop sind an der Tagesordnung. Profis hocken dabei aber hinter ihrer Kulisse (tagsüber in Konferenzen oder am Fließband oder Geschichte und Deutsch vor der 7c) bereits auf der Parkbank.
4. **Voll-Profis**. Pfeifen auf Kulisse, weil die ihnen eh niemand mehr abnimmt. Haben sich Körper & Seele in Grund und Boden gesoffen, leben alternierend zwischen Kiosk und Entgiftung und können „Kalender“ nicht mehr buchstabieren. Das normale Leben ist blau, abstinente Phasen finden nur noch unter Aufsicht von Pflegepersonal statt. Oder das Pflegepersonal ist fester Bestandteil des normalen Lebens geworden. (Heim, Betreutes Wohnen)
5. **Ehrenamtliche**. Abstinente lebende Profis. Haben die Gosse vor Augen und den Kalender im Blick. Können meist auf den Tag genau sagen, wann sie das letzte Glas bzw. Fässchen zu sich genommen haben.“



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !!!

Wissenschaft



Methadon-Vergabe in einer Hamburger Drogenambulanz: „Es gibt sicherlich schwarze Schafe, die sich ausnutzen lassen“

SUCHT

Unmöglicher Spagat

In Niedersachsen tötete sich ein Arzt, der über 660 000 Euro Honorar zurückzahlen sollte. Der Mediziner wurde offenbar auch Opfer der komplizierten Regeln zur Behandlung Drogensüchtiger.

Hans-Jürgen Quathamer, 61, war ein Arzt, den seine Patienten liebten. Schwangeren Drogenabhängigen besorgte er schon mal Geld für die Bezahlung einer Hebamme. Junkies half er, ihren Führerschein wiederzubekommen, und kümmerte sich, wenn der Gang zum Arbeits- oder Sozialamt bevorstand.

Die Methoden des Neurologen und Psychiaters aus dem niedersächsischen Winsen an der Luhe waren manchmal unkonventionell. Quathamer behandelte Heroinsüchtige mit Methadon und traf sich an ungewöhnlichen Plätzen, um den Drogensatzstoff zu übergeben. Mal am Lüneburger Friedhof, mal an einer Tankstelle in Maschen, mal auf einem Parkplatz neben einer Bundesstraße. „Ich habe dafür gesorgt, dass diese Patienten in einen Zustand der körperlichen und sozialen Stabilisierung gelangten“, begründete Quathamer seinen Einsatz.

Sein Unglück war es, dass sich seine Methoden oft nicht mit den strengen Vorgaben des staatlichen Methadon-Programms vertrugen. Und so ermittelten schließlich die Staatsanwaltschaft Lüneburg und die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) gegen Quathamer, der im Hauptberuf den Sozialpsychiatrischen Dienst im Landkreis Harburg leitete.

Am Ende wurde Anklage gegen ihn erhoben, der Prozess sollte in den nächsten Wochen beginnen. Die ärztliche Landesvereinigung forderte über 660 000 Euro Honorar zurück, die sich Quathamer gesetzeswidrig erschlichen habe. Und die AOK wollte 126 000 Euro für unrechtmäßig ausgestellte Rezepte zurück.

Zehn Tage vor Weihnachten hielt Quathamer, der wegen der Ermittlungen von seinem Dienst suspendiert worden war, den Druck nicht mehr aus. Er beging Selbstmord.

„Dieses Leben hat die KV auf dem Gewissen“, sagt seine Witwe in aller Öffentlichkeit. Auch andere Suchtärzte klagen über die „Hetzjagd“ gegen ihre Berufsgruppe und kritisieren öffentlich die Arbeit der Staatsanwälte und KV-Mitarbeiter.

Der Fall Quathamer hat wieder einmal eine Debatte über das Drogensatzprogramm ausgelöst. Zwar gibt es längst keine ernsthaften Zweifel mehr daran, dass die politisch lange Jahre umstrittene Behandlung von Schwerstabhängigen mit Methadon sinnvoll ist. Denn immerhin gelang es so, die Beschaffungskriminalität und die Zahl der Herointoten zu reduzieren. 72 200 Süchtige bekamen 2008 Methadon auf Rezept.

Doch die betroffenen Ärzte fühlen sich seit langem schon durch die strengen Vorschriften drangsalieren. Jeder einzelne Behandlungsschritt muss penibel dokumentiert werden, um Missbrauch zu verhindern. In der Praxis sind die gesetzlichen Vorgaben nur schwer zu erfüllen, und so hat es in den vergangenen Jahren entsprechend viele Verfahren gegen Mediziner gegeben.

Staatsanwälte, Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen stellen immer wieder erhebliche Regelverstöße, Ordnungswidrigkeiten und Straftaten fest. Einige Ärzte sitzen deshalb im Gefängnis, andere wurden zu hohen Geldstrafen

verurteilt. Und gegen etliche wird weiter ermittelt.

Über 2600 Ärzte arbeiten im Methadon-Programm. Viele von ihnen fühlen sich zu Unrecht kriminalisiert und fordern neue Regeln. Und einige vermuten, dass hinter den Ermittlungen in Wahrheit die Gegner des Methadon-Programms stehen, die es so insgeheim wieder abschaffen wollten.

Die Aufregung der Suchtärzte begann vor etwas mehr als drei Jahren. Damals ging eine spezielle Ermittlungsgruppe für Abrechnungsbetrug bei der AOK Niedersachsen anonymen Hinweisen nach, dass Mediziner illegal an dem Anti-Drogen-Programm verdienten. In vier Fällen wurde die AOK tatsächlich fündig. Die KV Niedersachsen forderte daraufhin alle 236 Methadon-Ärzte in ihrem Bereich auf zu belegen, dass sie sich an die Regeln gehalten hatten.

Bei immerhin 104 Ärzten wurden so Unregelmäßigkeiten festgestellt. „Wir waren gezwungen, diese Fälle den Staatsanwaltschaften zu übergeben“, sagt KVN-Sprecher Detlef Haffke. Die meisten Vergehen stellten sich zwar später als Kleinigkeiten heraus, aber mit zehn schwereren Fällen beschäftigen sich Strafbehörden und Gerichte heute noch.

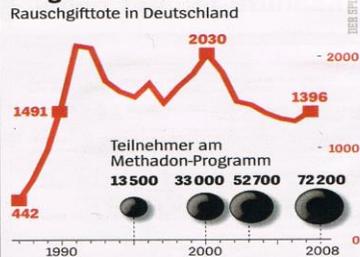
So wurde in Diepholz ein Arzt wegen Methadon-Handels zu drei Jahren Haft verurteilt. Süchtige hatten mit Urinbechern und Mineralwasserflaschen in der Hand vor seiner Praxis Schlange gestanden. Statt die Medikamente selbst zu schlucken, sei später ausgerechnet auf dem Parkplatz der AOK damit gedealt worden. Ein Mediziner aus Uelzen kam für vier Jahre ins Gefängnis. Er sei schuldig in 1164 Fällen, urteilte das Landgericht Lüneburg.

Auch Quathamers gehörte zu den gravierenden Fällen. Im April 2009 erhob die Staatsanwaltschaft Lüneburg gegen ihn Anklage wegen des Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz in mehr als 1200 Fällen und des Abrechnungsbetrugs in fünf Fällen.

Die Ermittler warfen ihm unter anderem vor, er habe „unzulässige Abgabeorte“ gewählt, keine „ordnungsgemäße Dokumentation“ vorweisen können und auf die zwingend vorgeschriebene Psychotherapie während der Methadon-Behandlung verzichtet. Er habe sich wohl gefühlt wie der „John Wayne der Drogenhilfe“, sagt ein Ermittler. In den Vernehmungen räumte Quathamers schließlich ein, „wesentliche Pflichten“ verletzt zu haben. Er sei überarbeitet gewesen, doch es sei ihm immer darum gegangen, „die Patienten zu unterstützen“.

Die Ermittler hielten ihm vor, er habe sein Gehalt als Amtsarzt durch das Drogenprogramm um bis zu 80.000 Euro im Jahr aufgebessert, doch Quathamers beteuerte, er habe niemals eine „Bereicherungsabsicht“ gehabt.

Droge und Ersatz



Substitutionsarzt Quathamers
„Keine Bereicherungsabsicht“

Er war eine „Seele von Mensch“, sagt Sebastian Stierl, Ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Klinik Lüneburg. Quathamers Problem sei womöglich gewesen, dass „er sich zu sehr für seine Patienten engagiert“ habe. Und diese Eigenschaft sei gerade in der Arbeit mit Drogenabhängigen gefährlich.

„Die Klientel neigt dazu, die Menschen, die ihnen helfen, auszunutzen“, sagt Folke Sumfleth, Nachfolger Quathamers als Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes. „Drogenpatienten haben manipulative Techniken drauf, mit denen sie die Helfer genau ausloten können.“ Auch deshalb gibt es sehr strenge Vorschriften, an die sich die Ärzte, die mit Methadon arbeiten, halten müssen.

Quathamers ist an dem Spagat zwischen den strikten Regeln und den Ansprüchen der Patienten offenbar gescheitert. Als gegen ihn ermittelt wurde, sah der Arzt, der zwischenzeitlich bis zu 80 Schwerstabhängige betreute, sein Lebenswerk zerstört. Kollegen, die ihre Hilfe anboten, ließ er nicht mehr an sich heran – ein typisches Symptom in Helferberufen. In den letzten Jahren lebte er allein, getrennt von seiner Familie.

Quathamers war noch nicht beerdigt, da attackierten seine Kollegen schon die Ermittlungsbehörden. Im Visier hatten sie vor

allem die AOK Niedersachsen. Die Task-Force der Krankenkasse gilt als besonders aggressiv im Kampf gegen Abzocker im Gesundheitswesen. Unnachgiebig wird jeder verfolgt, der die Vorschriften nicht einhält. „Aber aus unserer Arbeit den Schluss zu ziehen, wir hätten etwas gegen die Substitution oder die darin tätigen Ärzte, ist grober Unfug“, sagt AOK-Sprecher Klaus Altmann.

Der Freitod von Quathamers hat den Graben zwischen Suchtärzten auf der einen und den Kassen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung auf der anderen Seite vertieft. Dabei gibt es längst Ideen, wie das Regelungsdilemma in der Methadon-Verordnung gelöst werden könnte. Der Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (akzept) hat dem Bundesministerium für Gesundheit bereits entsprechende Verbesserungen vorgeschlagen.

„Es gibt unter den Ärzten sicherlich schwarze Schafe, die sich zum Teil auch von den Patienten ausnutzen lassen“, sagt akzept-Geschäftsführerin Christine Kluge-Haberkorn, „auf der anderen Seite gehören einige Gesetze und Richtlinien abgeschafft oder verändert.“

Den Spagat, den die Substitutionsärzte täglich versuchen müssen, hat Hermann Schweiger in einem offenen Brief beschrieben. Das Landgericht Ansbach hatte den Arzt aus Feuchtwangen wegen unerlaubter Abgabe von Methadon in 27 Fällen und „vorsätzlichen unerlaubten Verschreibens“ in 428 Fällen zu neun Monaten Haft verurteilt.

Er habe eben „nicht immer mit der maximalen Akribie gehandelt“, schreibt Schweiger. Letztlich sei er deshalb trotz seines „bewussten Engagements persönlich gescheitert“. Aber es sei mehr „Ernsthaftigkeit“ in der Behandlung der Süchtigen notwendig, sonst scheitere die Substitution, weil kein Arzt mehr wisse, was schwerer wiege: „die Befolgung von gesetzlichen Normen“ oder die „menschliche Versorgung von Kranken“.

Quathamers trieben die gleichen Fragen um wie seinen Kollegen Schweiger. Aber als Einzelgänger war er irgendwann offenbar nicht mehr in der Lage, diesen Konflikt auszuhalten. „Auch wir wissen, dass die Regeln in keinem anderen medizinischen Bereich so umfangreich, gravierend und kompliziert sind wie in der Substitutionsbehandlung“, sagt KVN-Sprecher Haffke, „es wird gefährlich für jeden, der sich nicht daran hält.“

Die KV Niedersachsen wird jetzt versuchen, die 660.000 Euro bei den Erben des Arztes einzutreiben. „Wir müssen es tun, weil wir uns sonst strafbar machen“, sagt Haffke. „aber wir wissen auch, dass wir ein Problem haben, weil dieses Vorgehen gegenüber dem Freitod eines Menschen schrecklich bürokratisch aussieht.“

UDO LUDWIG